

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Indicateurs de qualité des parcours de soins en soins primaires – Revue systématique de la littérature

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement
le 10 novembre 2015, par
Alexandre PETRIER

Né le 27 février 1989 à Chambéry (73)

Directrice de thèse
Docteur Tiphanie BOUCHEZ

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER – Président
Monsieur le Professeur Olivier GUERIN - Assesseur
Monsieur le Professeur Pascal STACCINI – Assesseur



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. . FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTE MICHEL	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Merci tout d'abord aux membres du jury, Monsieur le Professeur Hofliger, Monsieur le Professeur Guérin, et Monsieur le Professeur Staccini, qui m'ont fait l'honneur de juger ce travail.

Merci au Dr Tiphanie Bouchez, pour l'idée de ce travail, pour l'aide et le soutien apporté tout au long de cette thèse !

Merci à toutes les personnes qui ont participé aux bons souvenirs de cet internat : les différents services de l'hôpital de Fréjus, la médecine interne, la gynéco (les fous rires Maud/Tony), les urgences (Youngie et les Bo Bun...), le CO à Cimiez (si si, quelques bons souvenirs !).

Merci aux Drs Jérôme Couzi et Servane Le Berre de m'avoir fait oublier le desc d'urgence, et de m'(nous)avoir permis de construire un beau projet ;-)

Merci aux Drs Daniel Aspe et Yves Manez de m'avoir accueilli dans leurs cabinets, et de m'avoir fait profiter de leur expérience...

Merci également aux médecins qui ont participé aux bons souvenirs de l'externat, notamment les Drs Olivier Marchand, Aurélia Meneau, et Virginie Ardito...

Merci aux copains qui ont marqué cet internat de très bons souvenirs !

- Les Charoms (#viensonfaitdespetitsbijouxpendantquetéléveleschevaux #ardècheterredaude), qu'on a découvert avec le sud, et qui resteront pas loin de nous (on l'espère)
- Les Barboudy aka Les Cadri-Anne (#cestlundifanfare #ilme fautcepetitponey !) on vous aime, restez pas loin
- Les Tomaris.. qui s'en vont, mais qui nous accompagneront encore longtemps (et y'a intérêt !) Mon Best man !
- et enfin Emilyon (#fetedeslumieres), qui est notre belle découverte-amitié de cet internat !

Et merci aux copains non médecins (=bon choix) qui nous suivent depuis plusieurs années, et qui seront encore longtemps on l'espère « au rdv chez les Solex » (les rockeurs toulousains, les dentistes vironnais, les globe-trotteurs valentinois, les faux lyonnais valentinois, les parisiens de banlieue, les parisiens du 7ème, les grenoblois (St Egreve Big up), les pilotes vraiment savoyards, et les pharmaciens presque suisses...et enfin les vrais et faux québécois...)

Merci enfin à ma famille, mes parents, mon frère, qui me soutiennent depuis si longtemps, et qui j'espère seront fiers de moi... (mon fils mon fils !). Je ne sais comment vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté jusqu'ici...

Merci aussi à toute ma belle-famille qui a aussi participé à ce je suis aujourd'hui...

Pour terminer, merci à Solène... Je n'ai pas de mots pour décrire le bonheur que tu m'as apporté jusqu'ici, et tout le bonheur à venir... A dans 10 jours pour inverser les rôles ;-)

Enfin, une petite pensée pour ceux qui auraient dû être là...

Table des matières

REMERCIEMENTS	7
1 INTRODUCTION	10
2 MATERIEL ET METHODES	13
3 RESULTATS.....	15
3.1 Description de l'inclusion et la sélection des articles	15
3.1.1 Littérature primaire	15
3.1.2 Littérature grise	15
3.1.3 Littérature secondaire	15
3.2 Caractéristiques des études	17
3.3 Les méthodes de création d'un parcours de soins	18
3.3.1 Le process-mapping.....	18
3.3.2 Les méthodes de consensus	18
3.3.3 L'exploration des besoins du patient.....	18
3.3.4 Les autres méthodes	18
3.4 L'évaluation des parcours de soins par des indicateurs de qualité	20
3.4.1 Les indicateurs de structure	20
3.4.2 Les indicateurs de processus	20
3.4.3 Les indicateurs de résultats	21
3.5 Les outils systématiques d'évaluation des parcours de soins.....	26
3.5.1 Le care mapping	26
3.5.2 L'analyse économétrique	26
3.5.3 Le concept de variance	27
3.5.4 Les autres outils.....	27
3.6 Les éléments facilitateurs et les barrières des parcours de soins	29
3.6.1 La création	29
3.6.2 Le contenu	29
3.6.3 Le support.....	29
3.6.4 L'organisation	30
3.6.5 La communication et la coordination.....	30
3.6.6 La formation	31
3.6.7 L'éducation des patients.....	31
3.6.8 L'évaluation	31
3.6.9 Les mesures incitatives.....	31
3.6.10 Les nouvelles technologies de communication et d'information	31
3.6.11 Les ressources	32
3.7 Les perspectives.....	33
3.7.1 Le case manager	33
3.7.2 Des parcours menés par d'autres professionnels que des médecins.....	34
3.7.3 L'exemple anglais des « Clinical Commissioning Groups ».....	35
3.7.4 La perception de la continuité.....	35
4 DISCUSSION	36
4.1 Résultat principal : les indicateurs de qualité	36
4.1.1 Les indicateurs de résultats	36
4.1.2 Les indicateurs de processus	36
4.1.3 Des alternatives : les indicateurs composites et l'appropriateness	36
4.2 Résultats secondaires.....	38
4.2.1 Les outils d'évaluation	38
4.2.2 Les barrières et facilitateurs des parcours de soins, les perspectives	39

4.3	Forces et limites de notre travail	42
4.3.1	Objectif de recherche	42
4.3.2	Type d'étude.....	42
4.3.3	Méthode de recherche	42
4.3.4	Que penser des résultats ?	43
4.3.5	Les travaux similaires au nôtre	44
5	CONCLUSION	45
6	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	46
7	ANNEXES	56
A-	Equation de recherche utilisée sur PubMed	56
B-	Détail du « model of patient pathways to treatment »	57
C-	Adaptation de l'outil ICPAT	58
D-	Détail de l'outil CPSET	59
E-	Tableau récapitulatif des différents indicateurs retrouvés dans un travail similaire au notre. 61	
	SERMENT D'HIPPOCRATE	62
	SUMMARY	63
	Introduction.....	63
	Methodes	63
	Results	63
	Discussion	63
	RÉSUMÉ	64
	Introduction.....	64
	Matériels et méthodes	64
	Résultats	64
	Discussion	64

1 INTRODUCTION

Les soins primaires ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la conférence d'Alma-Ata organisée en 1978(1). Ils sont caractérisés par la capacité à assurer des activités allant de la délivrance de soins jusqu'aux actions de santé publique et par l'ensemble des politiques contribuant à améliorer la santé. En France, les soins primaires sont encadrés par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)(2). Elle ne restreint pas les professionnels participant aux soins primaires mais parle en priorité des médecins généralistes, pharmaciens, dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes.

L'importance des soins primaires pour un système de santé performant a été démontrée à plusieurs reprises(3). L'OMS a publié un rapport en 2008 dans lequel elle pointe l'importance des soins primaires et la nécessité de recherche dans ce domaine(4). Starfield a montré que les pays avec un système de soins primaires performant ont des meilleurs résultats de soins, et des coûts moindres(5),(6). Plus encore, une étude a montré que les politiques évaluant et développant plutôt les soins primaires que les soins hospitaliers avaient des meilleurs résultats en terme de soins(3). Cependant, l'évaluation dans le secteur de la santé a d'abord commencé par le secteur hospitalier(7). D'abord sous une forme descriptive avec en France l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale en 1990, qui avait vocation à évaluer également les stratégies en médecine libérale ; puis l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé par les ordonnances de 1996. Ces agences d'évaluation ont développé une méthodologie d'évaluation des structures hospitalières (accréditation) et des bonnes pratiques (référentiels). Mais ces démarches n'avaient que peu de conséquences budgétaires.

La recherche pour l'amélioration de la qualité des soins primaires s'appuie sur de nombreux travaux utilisant des indicateurs de qualité des soins(8). Ces travaux existent depuis les années 1980, et la notion d'indicateurs de qualité des soins a notamment été développée par Donabedian. Il a proposé de classer les indicateurs en indicateurs de structure, de processus, et de résultats(9), le but étant de rationaliser les interventions pour juger de leur efficacité. L'objectif des travaux sur la qualité des soins primaire est donc d'en améliorer leur qualité mais aussi d'en démontrer la plus-value, de manière à justifier les financements publics vers les soins primaires en général et vers certaines interventions en particulier. Une revue systématique de littérature parue en 2010 a recueilli les indicateurs de qualité en soins primaires publiés alors. Elle décrit plusieurs projets nationaux et internationaux de recueil d'indicateurs qualité de soins primaires(10),(11).

La recherche sur la qualité des soins permet également de pointer l'intérêt des changements de mode de rémunération. On met l'accent sur la forfaitisation, à travers les rémunérations à la performance. D'abord à l'hôpital avec la T2A (tarification à l'acte), qui crédite les structures hospitalières et les différents services selon des barèmes prenant en compte les actes réalisés et leur nombre, qui doivent donc être « évalués » auparavant. Puis en médecine ambulatoire avec en France le CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles) en 2009, relayé ensuite par la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique). L'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité qui en découle est difficile à évaluer, et plusieurs études sont discordantes(12),(13),(14).

La mesure de la qualité des soins primaires par des indicateurs « isolés » peut entraîner une approche fragmentée, basée sur des objectifs à trop court terme(15). Kringos s'est intéressée en 2010 aux dimensions des soins primaires, et aux liens qu'il existait entre ces dimensions et de meilleurs résultats de soins(16). Une revue de littérature sur les différents indicateurs de qualité a été menée(17). Une meilleure coordination des soins, notamment dans le cadre de parcours de soins et de pratiques pluridisciplinaires, était associée à de meilleurs résultats de soins et des coûts moindres.

Les perspectives de recherche pourraient donc s'appuyer sur une approche plus transversale, globale et centrée sur le patient et respectant l'ensemble des champs de sa prise en charge. En s'inspirant du modèle hospitalier du patient traceur(18), il pourrait être intéressant de s'appuyer sur les parcours de soins ambulatoires pour construire cette approche d'évaluation transversale. De nombreuses études internationales ont montré des écarts importants de qualité de pratiques entre les différents pays et au sein de mêmes pays(19), et des données suggèrent que l'utilisation des parcours de soins permettrait de réduire ces variations(20).

Le parcours de soins a été défini comme la séquence optimale d'interventions des différents professionnels de santé dans le but d'un diagnostic ou d'une prise en charge(21),(22). Il a montré une efficacité en terme d'amélioration de la qualité des soins, de minimisation des délais de prise en charge et d'utilisation de ressources, et d'optimisation de la qualité des soins(23). La maladie n'est plus vue comme une succession d'événements indépendants mais comme un tout, impliquant de multiples acteurs qui exécutent chacun de multiples actions dont il faut coordonner la prise en charge entre la ville et l'hôpital au cours du temps et sur un territoire donné, en définissant ainsi un « parcours de soins » du patient.

A cet effet, l'outil du « patient traceur » a été récemment créé. Cette méthode d'évaluation de la qualité des soins hospitaliers permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. Elle a été développée et expérimentée en France dans le cadre de l'évolution des méthodes de visites de certification des établissements de santé, en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays telle que celle de la Joint Commission aux Etats-Unis(24).

Les parcours de soins apparaissent donc d'un intérêt majeur dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins primaires(19).

Mais il convient de prendre en compte les changements du paysage sanitaire notamment avec la transition épidémiologique. Avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et le vieillissement de la population, les besoins de santé sont différents et les prises en charges mettent l'accent sur le champ de la prévention, et du dépistage(25). Le niveau de complexité des prises en charge nécessaires augmente et la coordination des soins devient indispensable pour les patients les plus complexes.

Les modes d'exercices changent également avec un développement des équipes de soins primaires coordonnées notamment au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnelles (MSP). Les modalités d'exercice ont évolué avec la volonté de travailler en équipe de manière coordonnée pour les professionnels en exercice et les futurs médecins(26),(27). De quelques dizaines en 2010, le nombre des MSP a dépassé les 400 fin 2013, et plus de 1000 équipes sont attendues pour début 2016 d'après la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)(28).

Dans ce contexte d'évolution des pratiques (regroupements pluri professionnels, rémunérations à la performance), d'évolution épidémiologique (augmentation de l'incidence des maladies chroniques et des besoins en coordination), et d'évolution des besoins (prise en charge plus globale, plus axée sur la prévention), il paraît intéressant de chercher à améliorer la qualité et l'efficacité des soins primaires, au travers des parcours de soins centrés sur le patient.

Pour aborder cette question dans la perspective d'un développement de cet axe de recherche en France, notre étude visait à établir dans un premier temps un état des lieux de la littérature existant sur les évaluations de la qualité de soins par des outils basés sur les parcours de soins. L'objectif de ce travail était donc d'identifier l'ensemble des travaux de recherche ayant développé des indicateurs de qualité des parcours de soins en soins primaires.

2 MATERIEL ET METHODES

Une revue systématique de la littérature a été conduite en juin 2015 sur plusieurs bases de données.

Une première recherche a été réalisée sur la base de données Medline via PubMed le 15/06/2015. L'équation de recherche a été construite grâce aux terminologies MeSH à l'aide du site CISMef, à partir des concepts de parcours de soins, d'évaluation de la qualité des soins et de soins primaires. L'équation a utilisé ces mots clés et l'ensemble de leurs synonymes générés par CISMef. L'équation était, de façon simplifiée, [« parcours de soins » ET « soins primaires OU médecine générale » ET « évaluation de la qualité des soins OU indicateurs qualité »]. Le détail des mots clés et synonymes utilisés pour chaque concept sont repris dans le tableau 1. L'équation complexe est reprise en Annexe A.

Parmi les articles générés par PubMed au 15/06/2015 avec cette équation, le seul critère d'inclusion des articles pour l'analyse était la langue, anglaise ou française. Aucun filtre de date n'a été utilisé. L'absence d'abstract disponible était le seul critère de non-inclusion.

Dans une perspective d'une revue narrative et exhaustive, pour rassembler un maximum d'information pouvant répondre à la question de recherche de cette étude, une recherche dans la littérature grise a été menée le 21/07/2015. Une requête sur le site internet opengrey.eu a utilisé les mots clés « parcours de soin » ou « critical pathway ». Une recherche sur le site Ovid, avec comme mot clé « critical pathways » a été effectuée. Des références secondaires ont également été sélectionnées, à partir des articles de la revue de littérature principale.

Les articles non accessibles gratuitement via les abonnements de l'université ont été recherchés via le moteur de recherche Google. Un mail a été envoyé aux auteurs pour obtenir l'article, si leur adresse était disponible.

La liste des articles a été exportée vers un tableau Excel© à l'aide du logiciel PubMed2XL, pour être ensuite exploitée.

Les articles étaient ensuite exclus à la lecture de l'abstract s'ils ne semblaient traiter des trois concepts de notre champ de recherche (parcours de soins, soins primaires, et évaluation de la qualité). A la lecture des articles complets de l'échantillon restant étaient enfin exclus les articles qui ne traitaient finalement pas des trois concepts.

Parcours de soin (Critical pathway)	ET	Soins Primaires (Primary health care)	ET	Indicateurs de qualité en santé (Quality indicators health care)
				OU
				Assurance de la qualité des soins (Quality assurance health care)
		OU		
		Médecine Générale (General practice)		Evaluation d'un résultat patient (Patient outcome assesement)
				OU
				Evaluation d'un résultat de soins (Outcome assesement health care)
		OU		
		Médecine de famille (Family practice)		Evaluation d'un processus de soins (Process assesement health care)
				OU
Norme de soins (Standard of care)				

Tableau 1 : Description des mots clés CISMEF utilisés pour l'équation PubMed.

3 RESULTATS

3.1 Description de l'inclusion et la sélection des articles

3.1.1 Littérature primaire

A partir de la base de données Medline, 206 articles ont été recueillis. Un article a été exclu du fait de l'absence d'abstract. A la lecture de l'abstract, 46 articles ont été exclus car hors champ de recherche. Certains auteurs ont été contactés, et ont gracieusement envoyé leurs articles. Parmi les 160 articles restants, 57 n'étaient pas accessibles gratuitement. 7 auteurs n'ont pas répondu, 10 adresses courriel étaient incorrectes et 40 indisponibles.

103 articles ont donc été retenus pour une lecture complète. Après celle-ci, 28 ont été exclus du fait de leur sujet hors de notre champ de recherche. En effet ces articles ne traitaient pas de soins primaires, ou pas de parcours de soins, ou pas d'indicateurs de qualité.

Les 75 articles restants ont été exploités dans cette étude.

3.1.2 Littérature grise

A partir des bases de données Ovid et OpenGrey, 40 articles ont été inclus, dont 38 depuis OpenGrey, et 2 depuis Ovid. 24 ont été exclus à la lecture de l'abstract car hors champ de recherche. Parmi les 16 restants sélectionnés pour lecture complète, seulement 4 étaient disponibles gratuitement. Ces quatre articles ont été utilisés dans la revue.

3.1.3 Littérature secondaire

Enfin, 12 références secondaires ont été incluses à partir des articles sélectionnés dans les trois précédentes bases de données. 2 ont été exclus d'après leur abstract. Parmi les 10 restantes, seules 6 étaient accessibles gratuitement et ont été utilisées pour la revue.

Au total, 186 articles ont été sélectionnés pour lecture complète, mais seulement 113 étaient disponibles. Parmi ces 113 articles, 28 ont été exclus après lecture complète du fait de leur contenu ne correspondant pas au champ de recherche.

85 articles ont donc été utilisés pour effectuer ce travail de revue de littérature.

La synthèse de la démarche d'inclusion est représentée par le diagramme des flux en figure 1.

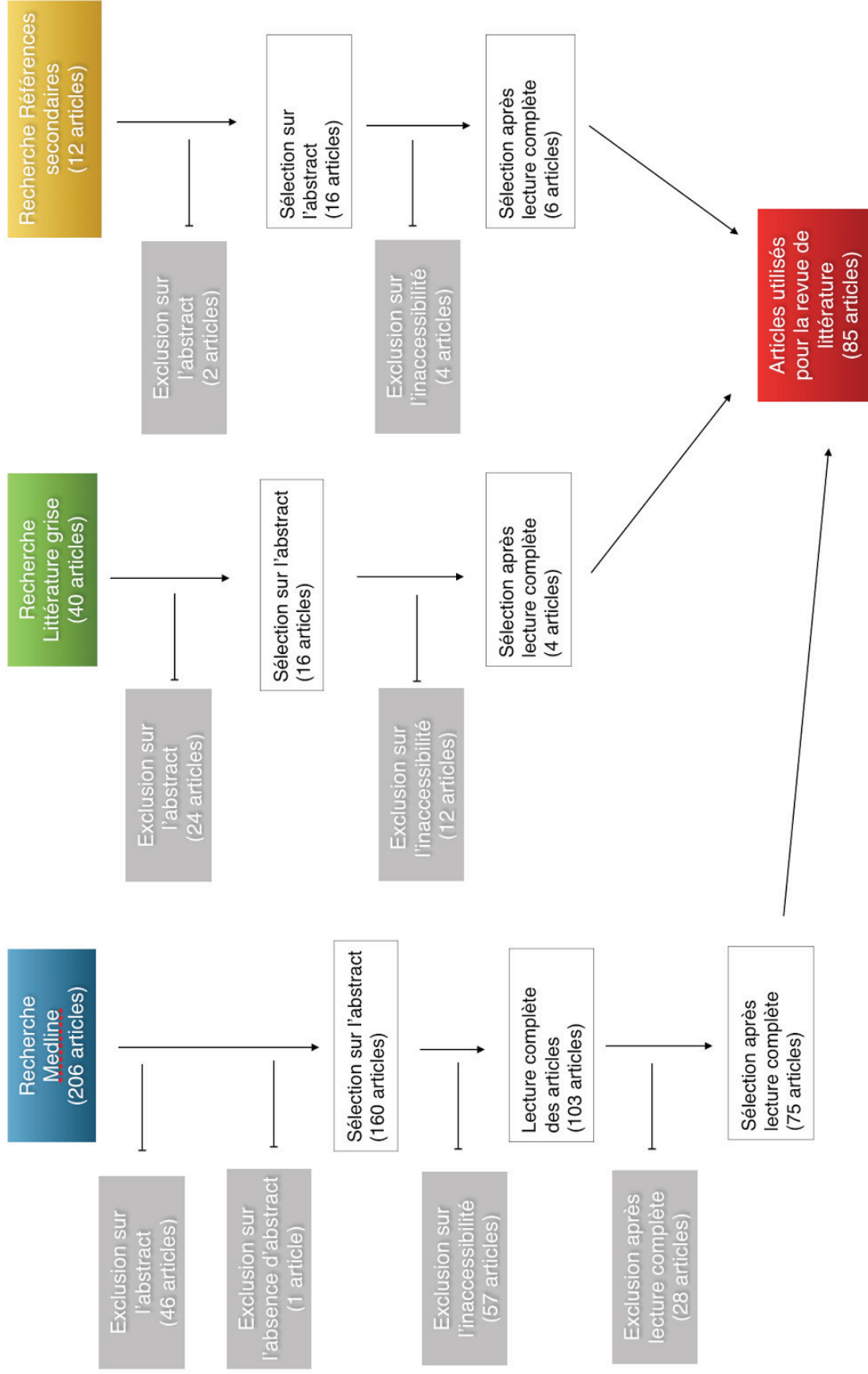


Figure 1 : Diagramme des flux décrivant l'inclusion des articles.

3.2 Caractéristiques des études

Parmi les 85 articles inclus, les travaux étaient majoritairement menés par des équipes anglophones : États-Unis, Angleterre, Canada, Australie. 3 articles étaient néerlandais, et 4 étaient français (surtout issus de la littérature grise). Les articles avaient été publiés entre 1993 et 2015.

Environ un quart des articles (23) retrouvés étaient des études qui évaluaient l'impact de la mise en place d'un parcours de soins au travers d'études interventionnelles de type avant/après ou d'étude de cohorte, d'essai randomisés, ou d'étude quasi-expérimentale.

Douze articles décrivaient la création d'un parcours de soins dans différents domaines, avec des méthodes différentes détaillées ci-après.

Seize articles décrivaient le fonctionnement et l'utilisation des parcours de soins, au travers d'études descriptives ou d'enquêtes de pratiques.

Onze articles décrivaient un outil d'évaluation systématique des parcours de soins et décrivaient leur utilisation au travers d'études de cas.

Huit études étaient qualitatives et visaient à explorer les barrières ou les éléments facilitant dans la création et le fonctionnement des parcours de soins.

L'échantillon comprenait sept revues systématiques de littérature, qui se focalisaient en général sur un parcours de soins spécifique à une pathologie.

Enfin sept articles discutaient le rôle de chaque intervenant potentiel au sein des parcours de soins.

Les thèmes abordés étaient relativement variés. Certaines maladies chroniques étaient souvent évoquées : dans environ 20 articles étaient abordés diabète, hypertension artérielle, asthme, insuffisance cardiaque, démence, accident vasculaire cérébral, arythmie cardiaque par fibrillation atriale. Cinq articles décrivaient des parcours de soins en lien avec des lombalgies. Une dizaine d'articles s'intéressaient à la gériatrie, et une dizaine d'autres à la pédiatrie. Une dizaine d'article s'intéressait à la psychiatrie en générale. Environ cinq articles faisaient référence à des problèmes sociaux (demandeurs d'asiles, femmes battues, prise en charge des aidants). Cinq articles discutaient d'outils technologiques (sites internet...), en lien avec des parcours de soins.

3.3 Les méthodes de création d'un parcours de soins

3.3.1 Le process-mapping

Six articles décrivaient la méthode de process-mapping, qui signifie littéralement cartographie du processus, et qui consiste à décrire les processus en vigueur pour les cartographier et construire le parcours de soins à partir de cela (29)(30)(31). Parfois, le process-mapping était ensuite complété par une méthode de consensus d'un groupe d'experts(32)(33). Dans d'autres cas, le process-mapping était complété par l'évaluation du parcours de soins par les patients, sous la forme de focus group(34).

Enfin, un dernier article utilisait un concept proche du process-mapping mais la cartographie du processus partait du patient. Après avoir recueilli auprès de patients leurs représentations de leur propre trajectoire, chaque intervenant de la prise en charge proposait une voie d'amélioration, en discussion multidisciplinaire(35).

3.3.2 Les méthodes de consensus

Pour créer un parcours de soins, six articles retrouvés utilisaient une revue de littérature assortie d'une méthode de consensus. Plusieurs méthodes de consensus existaient : la réunion d'experts (36) (37)(38), la table ronde avec différents experts(39), les groupes nominaux(40). Un article australien publié en 2000 s'intéressait au parcours de soins de la mère et du nouveau-né entre la maternité et le médecin généraliste. La méthode de création du parcours consistait en une table ronde avec des experts sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes(39).

Un article citait la revue Cochrane, comme un élément majeur sur lequel les directives se basaient(41).

Une approche « bottom-up » était également décrite. Cela signifie littéralement « partir du bas », et consiste en la création d'un parcours de soins lors d'une réunion entre généralistes et cardiologues, par exemple, pour permettre au parcours une bonne adhésion des généralistes (42).

3.3.3 L'exploration des besoins du patient

2 articles adoptaient cette optique pour la création de parcours.

Un premier article réalisait une enquête par questionnaire auprès des patients, pour définir leurs besoins. Le parcours était ensuite fabriqué à partir de ce questionnaire (43). Les auteurs cherchaient à identifier les besoins de jeunes aidants et malades complexes.

Un autre article utilisait la méthode des focus group de patients, auprès de femmes victimes de violences conjugales. Puis après avoir réalisé une revue de littérature, le parcours proposé était validé scientifiquement par des experts et par l'utilisation d'une méthode Delphi(44).

3.3.4 Les autres méthodes

D'autres méthodes de création de parcours existaient, par exemple l'utilisation d'un outil de description structurée de la délivrance des soins, en fonction de la progression des différentes phases de la maladie. Il était appliqué à la démence, mais n'y est pas spécifique(45). Il s'agissait du Patient Condition Adaptative Path System » (PCAPS).

Année	1 ^{er} Auteur	Méthode de création	Champ sanitaire	Précisions
2009	Chaplin	Process mapping	Deuil des proches (versant infirmier)	
1995	Pearson		Soins périnataux	
2014	Durham		Douleurs oro-faciales	
2005	Ditchburn		Patients porteurs d'une gastrostomie	
1994	Counsell		Décompression chirurgicale du trijumeau	Associé à une méthode de consensus (groupe d'expert)
2000	Heslop		Soins psychiatriques	Evaluation par les patients (focus groups)
1996	Dancer		AVC ischémique	Prise en compte perspectives des différents intervenants
1996	Bultema		Patient gériatrique dépressif	
2012	Barry	Revue de la littérature, suivie d'un consensus avec un groupe d'expert	Curage axillaire ambulatoire	
2005	Mitchell		Asthme enfant	
2000	Jackson		Continuité maternité-médecins généralistes	
2012	Adebajo		Utilisation AINS dans l'arthrose	Associé à des groupes nominaux.
2008	Cunningham		Asthme aigu de l'enfant	Associé à une revue Cochrane
2009	Franck		Jeunes aidants de patients avec pathologie lourde	Questionnaire pour identifier les besoins
2003	Dienemann	Exploration des besoins du patient	Violences conjugales faites aux femmes	Focus groups de patientes, puis validation scientifique après revue de littérature, et méthode Delphi.
2014	Tsuru	Utilisation d'un outil de description des phases de la maladie	Démence	Outil Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS), avec identification des buts et des plans de soins
2012	Kramer	Approche bottom-up	Insuffisance cardiaque	
1997	Bower	Processus par étape	Soins périnataux	

Tableau 2 : Description exhaustive des différentes méthodes de création de parcours de soins, retrouvées dans la littérature.

Abréviations : AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

3.4 L'évaluation des parcours de soins par des indicateurs de qualité

30 articles décrivaient des indicateurs qualité évaluant des parcours de soins. On retrouvait 13 études interventionnelles avant/après, 2 études de cohorte, 6 essais randomisés, 5 enquêtes de pratiques, 1 revue de littérature, 1 méta analyse, une enquête descriptive, et une étude quasi-expérimentale. Les pathologies concernées étaient principalement chroniques (diabète, hypertension artérielle, fibrillation auriculaire, asthme, lombalgies, douleurs chroniques).

Pour présenter les indicateurs utilisés, le choix a été fait de les regrouper selon la classification de Donabedian : indicateurs de structure, de processus et de résultats. Certains indicateurs sont cités ci-dessous et un tableau récapitulatif exhaustif se trouve à la fin de ce paragraphe.

3.4.1 Les indicateurs de structure

Un indicateur de structure permet d'analyser les ressources humaines, matérielles, financières et l'organisation de la structure, nécessaires à la prise en charge des patients. Les indicateurs de structure sont parfois liés à des normes réglementaires.

Une seule étude présentait des indicateurs de structure : une étude interventionnelle de type avant-après qui étudiait un parcours de soins pour l'aide au sevrage tabagique. Un audit sur la qualité du parcours avait montré une amélioration au fil de temps. Cet audit était basé sur plusieurs indicateurs, non spécifiques au tabac : ***responsable désigné sur chaque site, inclusion de professionnels de santé autres que médecins dans le parcours, méthode de dépistage du tabagisme, instruments d'évaluation de l'humeur, délai d'évaluation et de conseil minimal, système d'aide à la prescription, liste de référents ou services, base de données développée au sein du parcours, rapports sur l'utilisation du parcours par les médecins, participation à des réunions d'amélioration***(46).

3.4.2 Les indicateurs de processus

Un indicateur de processus mesure la mise en œuvre d'une tâche faisant partie de la séquence de soins d'un patient. Lorsque cette tâche est fondée sur une recommandation de bonnes pratiques, l'indicateur permet alors d'évaluer la conformité de la réalisation de cette tâche à la recommandation. L'indicateur analyse la sécurité de la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités concernées.

En prenant l'exemple de l'asthme, maladie fréquemment étudiée dans ces études, on retrouve trois articles qui citent des indicateurs de processus. Ceux-ci sont parfois très spécifiques, par exemple le ***taux d'utilisation de bêta2-agoniste, ou le taux de possession d'un peak-flow***(47). D'autres sont plus généralistes comme le ***taux de possession d'un plan de traitement***(47), ou le ***nombre d'erreurs de prescriptions***(41).

Les indicateurs de processus sont le plus souvent extrapolables à d'autres parcours de soins, et moins spécifiques d'une maladie, que les indicateurs de résultats. Par exemple, une autre étude italienne de type interventionnelle avant/après cherchait à mesurer l'impact des différents parcours de soins à un niveau hospitalier. Ces indicateurs étaient principalement hospitaliers, mais trois pouvaient s'adapter aux soins primaires : ***le patient possède une conduite à tenir en cas d'urgence, une liste de référents joignables, et un schéma de son suivi programmé***(48).

Enfin, une étude canadienne s'intéressait surtout à l'amélioration des coûts et l'efficacité. L'article décrivait un parcours de soins des patients lombalgiques chroniques, mis en place au Saskatchewan. L'objectif était une meilleure utilisation des ressources et une diminution des coûts. Les effets de ce parcours étaient régulièrement évalués, à travers ***le délai pour chaque étape et le nombre d'imageries effectuées***(49).

3.4.3 Les indicateurs de résultats

Un indicateur de résultats mesure directement, à l'issue d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction, de sécurité et d'efficacité. Ce type d'indicateurs était le plus fréquemment retrouvé dans les études de cette revue de littérature.

L'indicateur le plus souvent retrouvé était la mesure de la qualité de vie. Les études utilisaient des échelles de qualité de vie non spécifiques de pathologies, par exemple le questionnaire ***EQ 5D 5L***(31), utilisé dans une étude sur les douleurs oro-faciales. D'autres études évaluaient également la qualité de vie non spécifique de pathologies(49), (50). Plusieurs études utilisaient en revanche des indicateurs de qualité de vie spécifiques à certaines maladies, par exemple ***l'évaluation de la qualité de vie en rapport à la toux chronique***(51) ou la ***avec l'insuffisance cardiaque***(42).

L'évaluation de la douleur faisait également souvent partie des indicateurs de résultats recueillis. Une revue de littérature hollandaise sur le parcours de soins du patient avec une douleur cancéreuse a utilisé ***l'évaluation de la douleur l'échelle Brief Pain Inventory***(52), et que une étude canadienne sur les lombalgies chroniques ***l'évaluation de la douleur par EVA***(53).

La plupart des indicateurs de résultats étaient spécifiques d'une maladie. Plusieurs études dont le thème était le diabète avaient choisi comme indicateur de résultat la valeur de ***l'hémoglobine glyquée*** (54) (55)(56). Par exemple, une étude de cohorte israélienne s'intéressait au suivi du diabète : des groupes de patients étaient comparés selon le système de santé dont ils dépendaient et certains bénéficiaient de programme de soins pour la prise en charge du diabète (éducation, parcours de soins, enregistrement dans une base de données). Après 15 ans de suivi, de nombreux indicateurs s'amélioraient chez les patients de groupe intervention en comparaison du bras de patients qui n'avait pas eu de programme de soins : ***taux de LDL Cholestérol, taux d'HbA1c, nombre de mesures de la pression artérielle, recherche d'une micro-albuminurie***(55). Ces résultats ne pouvaient pas être attribués à la seule mise en place d'un parcours de soins, ce parcours d'intégrant à une intervention complexe.

Certaines études s'attachaient à montrer l'intérêt de la coordination des soins. Un article néo-zélandais qui s'intéressait à la mise en place d'un site internet dédié aux parcours de soins, sur lequel les médecins pouvaient s'appuyer durant leur consultation. Des indicateurs témoignant de la qualité de ces parcours de soins étaient décrits : ***le taux d'actes réalisés en urgences et le taux d'actes programmés réalisés*** (54). Une autre étude mesurait également la ***fréquentation aux urgences, et de nombre d'hospitalisations***(38), ainsi que ***le nombre de passages aux urgences, le nombre d'hospitalisations***(50).

Un article anglais discutait l'intérêt des parcours de soins en santé dentaire. Plusieurs « Dental Primary Care Trust » (groupement de cliniques dentaires de soins primaires) utilisaient un parcours de soins, encore une fois stratifié selon le risque. Les auteurs estimaient l'évaluation

d'un parcours très complexe difficile à analyser simplement par des indicateurs de résultats. Les résultats de cette étude retrouvaient des événements critiques dans le parcours de soins, d'ordre général et transposable hors de soins dentaires : l'absence de prise en compte de l'environnement social du patient et la difficulté de gestion des patients qui relevaient de plusieurs parcours(57).

Cela nous amène donc à l'autre modalité d'évaluation des parcours de soins retrouvée dans la littérature : les outils systématiques.

Ci-après, un tableau récapitulatif exhaustif des différents indicateurs de qualité relevés dans ce travail.

Auteur	Problème de santé	Type d'étude	Indicateur	Type d'indicateur
Steinberg(58)	ACFA	Descriptive	Evaluation du risque thromboembolique par un score validé	Processus
			Mesure de l'INR au moins une fois par mois pour les patients sous Warfarine	Processus
			Nombre de patients revus par leur médecin traitant dans la semaine suivant une hospitalisation	Processus
Ayestas(59)	ACFA	Interventionnelle de type avant/après	Taux de réadmission à 1 an	Résultat
Masters(47)	Asthme	Interventionnelle de type avant/après	Taux d'utilisation de béta2-agoniste	Processus
			Taux de possession d'un peak-flow	Processus
			Taux de possession d'un plan de traitement	Processus
Cunningham(41)	Asthme	Interventionnelle de type avant/après	Nombre d'erreurs de prescriptions	Processus
Moth(60)	Asthme	Enquête de pratiques	Réalisation d'épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) au diagnostic	Processus
			Réalisation d'EFR à 6 mois	Processus
			Réalisation d'EFR à 12 mois	Processus
Mitchell(38)	Asthme	Essai randomisé	Taux de fréquentation aux urgences	Résultat
Rance(50)	Asthme enfant	Interventionnelle de type avant/après	Nombre d'hospitalisations	Résultat
			Nombre de passages aux urgences	Résultat
			Nombre d'hospitalisations	Résultat
Dancer(35)	AVC	Essai randomisé	Qualité de vie	Résultat
			Statut fonctionnel	Résultat
			Perception de son propre état de santé	Résultat
			Connaissance de la maladie	Résultat
			Satisfaction quant aux soins	Résultat
			Coût des soins	Résultat
			Durée de séjour	Résultat
Counsell(33)	Chirurgie névralgie trijumeau	Interventionnelle de type avant/après	Coûts pour le service	Résultat
			Satisfaction des patients	Résultat
			Visite d'une équipe mobile gériatrique	Processus
Demeocq(61)	Chutes des sujets âgés	Enquête de pratiques	Visite du domicile pour adaptation	Processus
			Réalisation d'une consultation dédiée	Processus
			Taux de complication	Résultat
Barry(37)	Curage axillaire	Cohorte	Taux de réadmission	Résultat
Archer(62)	Dépression	Méta-analyse	Score de gravité de dépression	Résultat
			Taux de guérison	Résultat

Auteur	Problème de santé	Type d'étude	Indicateur	Type d'indicateur
Goldfracht(55)	Diabète	Cohorte	Taux de LDL Cholestérol	Résultat
			Taux d'HbA1c	Résultat
			Mesure de la pression artérielle	Processus
			Recherche d'une micro-albuminurie	Processus
Ota(56)	Diabète / Périondontite	Interventionnelle de type avant/après	Taux d'HbA1c	Résultat
Phillips(63)	Diabète	Essai randomisé	Taux d'HbA1c	Résultat
Brink-Huis(52)	Douleurs cancéreuses	Revue de littérature	Connaissances des paliers OMS d'antalgiques	Processus
			Evaluation de la douleur par EVA ou échelle Brief Pain Inventory	Résultat
			Utilisation des outils d'évaluation de douleurs	Processus
Durham(31)	Douleurs chroniques oro-faciales	Interventionnelle de type avant/après	Mesure de de la qualité de vie (via le questionnaire EQ 5D 5L)	Résultat
			Evaluation douleur, et son impact (par l'échelle Graded Chronic Pain Scale et West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory Version 3)	Résultat
			Mesure de la perception de la maladie (via les scores IPQ-R et PHQ4)	Résultat
Ahmad(64)	Epilepsie	Interventionnelle de type avant/après	Nombre de patients ayant été attribués à un coordinateur des soins	Processus
			Plan de traitement donné aux patients	Processus
			Entraînement à la gestion de l'épilepsie	Processus
			Communication des résultats à la famille des patients épileptique	Processus
Kramer(42)	Insuffisance cardiaque	Quasi-expérimentale	Qualité de vie en rapport avec l'insuffisance cardiaque	Résultat
Fourney(49)	Lombalgies	Enquête de pratique	Délai pour chaque étape	Processus
			Nombre d'imageries effectuées	Processus
			Satisfaction des patients	Résultat
			Auto-évaluation de la qualité de vie	Résultat
Baade(65)	Mélanome	Enquête de pratique	Délai diagnostic	Processus
			Nombre de médecins consultés avant le diagnostic	Processus
			Nombre de bons diagnostics posés lors de la première consultation	Processus
Morrish(66)	Ostéoporose	Essai randomisé	Taux de traitement par biphosphonates	Processus
			Taux de réalisation d'ostéodensitométrie	Processus
Kunyk(46)	Parcours de soins (non spécifique)	Interventionnelle de type avant/après	Responsable désigné sur chaque site	Structure
			Inclusion de professionnels de santé autres que médecins dans le parcours	Structure
			Méthode de dépistage du tabagisme	Structure
			Instruments d'évaluation de l'humeur, délai d'évaluation et de conseil minimal	Structure
			Système d'aide à la prescription	Structure
			Base de données développée au sein du parcours	Structure

Auteur	Problème de santé	Type d'étude	Indicateur	Type d'indicateur
			Rapports sur l'utilisation du parcours par les médecins	Structure
			Participation à des réunions d'amélioration	Structure
			Liste de référents ou services	Structure
Panella(48)	Parcours de soins (non spécifique)	Interventionnelle de type avant/après	Conduite à tenir en cas d'urgence	Processus
			Liste de référents joignables	Processus
			Schéma de leur suivi programmé	Processus
McGeoch(54)	Parcours de soins (non spécifique)	Enquête de pratique	Taux d'actes réalisés en urgence	Résultat
			Taux d'actes programmés réalisés	Résultat
Jenkins(67)	Prescription d'antibiotiques	Essai randomisé	Taux de prescription d'antibiotiques	Processus
			Taux de prescription d'antibiotiques à large spectre	Processus
Hypnar(68)	Prothèse de hanche	Interventionnelle de type avant/après	Le statut fonctionnel	Résultat
			Satisfaction des patients	Résultat
			Satisfaction des professionnels de santé	Résultat
			Taux de complication	Résultat
Desjeunes(69)	Sevrage tabagique	Interventionnelle de type avant/après	Nombre de patients inclus	Processus
			Nombre de patients sortis	Processus
			Taux de fumeurs	Résultat
			Nombre d'action de prévention réalisées	Processus
Chang(51)	Toux de l'enfant	Essai randomisé	Résolution de la toux à 6 semaines	Résultat
			Evaluation de la qualité de vie en rapport avec un questionnaire spécifique à la toux chronique	Résultat
Sephton(53)	Troubles musculo-squelettiques	Interventionnelle de type avant/après	Auto-évaluation de leur statut de santé (Short Form 36 (SF36), EuroQol (EQ- 5D))	Résultat
			Evaluation de la douleur via une échelle visuelle analogique (EVA)	Processus
			Satisfaction quant aux soins (Perceived Improvement Evaluation (PIVAS), Deyo and Diehl (DD) satisfaction questionnaire).	Résultat

Tableau 3 : Description exhaustive des différents types d'indicateurs de qualité de parcours de soins relevés.

ACFA : arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire

AVC : accident vasculaire cérébral

EVA : échelle visuelle analogique

INR : International Normalized Ratio

LDL : low-density lipids

OMS : organisation mondiale de la santé

3.5 Les outils systématiques d'évaluation des parcours de soins

3.5.1 Le care mapping

Utilisé également pour la création des parcours, trois articles décrivaient cet outil dans l'évaluation des parcours, associé parfois à d'autres méthodes.

Une étude néo-zélandaise utilisait la méthode de process mapping pour évaluer un parcours de soins palliatifs (dont la création était décrite dans un autre article). Ils identifiaient par cette méthode les « bottlenecks », qui sont littéralement des goulets d'étranglements, et correspondent à des zones où les ressources manquent, et les problèmes se retrouvent « entassés ». Par exemple ils décrivaient des variations dans les niveaux de connaissances et d'expérience des médecins généralistes, et proposaient des sessions de formation et d'éducation(70).

Un article anglais utilisait un modèle d'analyse prospective des risques pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients dans un parcours de soins pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Un « care process mapping » était initialement réalisé suivi d'entretiens semi dirigés avec les patients et les professionnels de santé. Une méthode Delphi était utilisée pour faire ressortir les dangers potentiels, d'après la cartographie des processus et les entretiens qualitatifs(71).

Un article australien s'intéressait aux parcours de soins diagnostiques de différents cancers pour identifier les facteurs associés à de meilleurs résultats. Les auteurs utilisaient pour cela une méthode mixte, quantitative d'après une base de données, et qualitative d'après les patients. Pour explorer les parcours ils utilisaient un outil : « model of patient pathways to treatment ». Ce modèle n'est pas voué à évaluer un parcours de soin codifié, mais plutôt des trajectoires de patient(72). En annexe B, ce modèle est détaillé.

3.5.2 L'analyse économétrique

Un premier article anglais décrivait une méthode économétrique d'évaluation des soins et des parcours, appelée Data Envelopment Analysis (DEA). Il s'agit d'une méthode dérivée de l'industrie. Ses principes sont les suivants : en calculant un score d'efficacité, elle indique si une organisation dispose d'une marge d'amélioration ; en fixant des valeurs-cibles, elle indique de combien les *inputs* doivent être réduits et les *outputs* augmentés pour qu'une organisation devienne efficace ; en identifiant le type de rendements d'échelle, elle indique si une organisation doit augmenter ou au contraire réduire sa taille pour minimiser son coût moyen de production ; en identifiant les pairs de référence, elle désigne les organisations qui disposent des *best practice* à analyser. (73)

Un autre article anglais utilisait cette méthode pour évaluer un parcours de soins sur le diabète, et notamment son efficacité. Les *inputs* étaient constitués par les ressources nécessaires à la production d'un traitement (consultations, examens biologiques...), et les *outputs* correspondaient au traitement finalement « produit » le plus adapté. D'après les auteurs l'efficacité, correspondant au fait de délivrer un travail de qualité avec le minimum de ressources utilisées, était facile à mesurer. En revanche l'efficacité, correspondant à la capacité à atteindre les buts et les objectifs requis, était plus difficile à quantifier. Ils proposaient donc l'évaluation de « l'appropriateness », correspondant au fait de délivrer des soins adaptés et au

bon moment(74). L'évaluation conjointe des parcours de soins par des cliniciens et des économistes était la principale perspective se dégageant de cet article.

Un article néerlandais s'intéressait lui à un programme de gestion des chutes des sujets âgés, en l'évaluant par 2 outils : le « process modeling » et le « disease management ». Ces deux outils se composent de questions sur un programme de soins, et permettent de mettre en évidence ses faiblesses(75).

3.5.3 Le concept de variance

Une autre revue anglaise s'intéressait à l'utilisation des parcours de soins par les infirmières et les sages-femmes. Concernant les impacts des parcours de soins, les auteurs concluaient à des preuves de faible niveau et surtout contradictoires quant à leur efficacité.

La mesure de leur impact était très subtile, complexe, et intimement liée à une dimension sociale extrêmement difficile à mesurer et à décrire. Finalement, ce qui semblait le plus améliorer les soins et modifier les pratiques était le développement et la mise en place des parcours. Ces périodes semblaient être l'occasion pour des équipes pluriprofessionnelles de discuter sur les parcours de soins, et de confronter différents points de vue.

Par ailleurs, il semblait difficile d'identifier des indicateurs de résultats comme indicateurs de qualité d'un parcours de soins, car il existait une influence importante de l'environnement sur ces résultats. Autrement dit, difficile de l'extrapoler dans une implantation différente.

De la même manière, il convenait de prendre en compte les besoins des patients vis-à-vis du parcours, et de parfois s'en éloigner : c'est le concept de « variance », qui représente l'écart entre la trajectoire théorique du patient et celle correspondant à ses besoins. Dans cette revue, plusieurs données étaient discordantes quant aux modifications des rôles et de hiérarchies engendrés par les parcours de soins. Celles-ci étaient parfois bénéfiques pour mieux cadrer le fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire, mais parfois elles pouvaient aggraver des tensions existantes(76).

Enfin, une thèse anglaise décrivait les concepts inhérents à l'organisation et la coordination des soins dans les Primary Care Trust. Ces trusts sont des structures gestionnaires dépendantes du système de santé anglais associant, le cas échéant, des professionnels de santé et les patients, avec lesquelles l'ensemble des médecins généralistes sont contractuellement liés. Ces Primary Care Trusts constituent les échelons locaux du système de santé national. L'auteur discutait notamment du concept sus-cité de variance, qui correspond à l'écart entre le parcours de soins et la trajectoire du patient. A nouveau l'auteur décrivait l'importance de l'exploration de cette variance, pour améliorer le parcours de soins(77).

3.5.4 Les autres outils

Une revue de littérature belge décrivait les outils d'audit de parcours de soins. Quinze outils évaluant les caractéristiques, l'impact, et donnant une échelle de graduation de parcours avaient été retrouvés. Le premier constat était le faible nombre d'outils existants. Parmi ces outils, un seul relevait l'attention des auteurs car il était cours d'utilisation et de validation : il s'agit de l'Integrated Care Pathway Appraisal Tool (ICPAT). Il semblait évaluer une bonne partie des caractéristiques des parcours de soins décrites par les auteurs. Cependant, il évalue principalement les parcours de soins écrits, et un peu moins leur fonctionnement, au travers de 99 items(78). En annexe C, on trouve une adaptation de cet outil.

Un article belge décrivait un outil nommé « care process self evaluation tool (CPSET) ». Il évalue à travers cinq notions clés (processus de coordination des soins, organisation centrée patient, communication patient/famille, collaboration en soins primaires, processus de suivi de soins) 29 items(79). Un autre article de la même équipe faisait référence à la création de cet outil(80). Devant le manque d'outils disponibles, ce CPSET était proposé dans l'objectif d'évaluer véritablement l'organisation des soins, et les processus.

La création de cet outil avait d'abord débuté par des focus group, entre les différentes parties prenantes expérimentées dans l'organisation des soins. Une méthode décrite à part avait regroupé les idées proposées par ces focus group, qui avaient ensuite été vérifiées par les investigateurs de l'étude. Puis une méthode Delphi avait permis leur validation scientifique.

Cet outil avait ensuite été testé dans plusieurs hôpitaux, pour différents parcours de soins, en vue d'être adapté aux besoins des professionnels et des patients. 29 items avaient été sélectionnés, dans les 5 catégories précédemment décrites. La description de cet outil et des 29 items en anglais se trouvent en annexe D.

Un article anglais s'intéressait aux problèmes de fonctionnement des équipes multidisciplinaires dans le cadre de parcours de soins. Il décrivait parfois un fonctionnement altéré du fait de problème d'attitudes dans les équipes (jalousies, confusion sur le rôle à jouer, sensation de perte d'autonomie, sentiment de poste menacé, etc.). Il décrivait l'utilisation d'un outil visant à améliorer le fonctionnement d'une équipe : le « Team Climate Inventory » (TCI). Cette étude suivait un schéma interventionnel de type avant/après. Le but était de voir si une équipe fonctionnait mieux, après la mise en place d'un parcours de soins multidisciplinaire, en mesurant le TCI. Il apparaît que le score TCI ne s'améliorait pas significativement après la mise en place d'un parcours de soins au sein d'une équipe. Les auteurs suggéraient un délai nécessaire avant qu'une équipe ne « roule », malgré les voies d'amélioration proposées par cet outil(81).

Un article américain de 1993 décrivait un modèle FOCUS-PDSA pour améliorer la mobilisation des ressources au sein des parcours de soins. En effet les patients se plaignant de l'accessibilité aux médecins généralistes, l'objectif de ce modèle était d'améliorer les ressources. Le principe était d'abord de trouver une opportunité d'amélioration (exemple : un manque de continuité). Puis il fallait rassembler une équipe impliquée et compétente dans le domaine choisi (exemple : un médecin, un médecin conseil, un médecin de santé publique, un pharmacien, un ingénieur de santé publique...). Ensuite cette équipe réalisait une évaluation des résultats et des processus en vigueur (exemple : mesure du nombre de consultations programmées, en urgence...). Il fallait ensuite comprendre les causes de ces variations (exemple : difficultés à joindre le médecin) et sélectionner des voies d'amélioration (exemple : former la secrétaire à gérer mieux le téléphone.)(82). Par la suite, il convenait de programmer ces voies d'amélioration, les mesurer et compiler des données, analyser ces données pour adapter les objectifs, et maintenir ce qui avait été amélioré.

3.6 Les éléments facilitateurs et les barrières des parcours de soins

Ces éléments sont relevés dans toutes les études de cette revue, et certaines enquêtes qualitatives s'attachent particulièrement à les rechercher

3.6.1 La création

Les éléments qui facilitaient la création d'un parcours de soins étaient la sélection d'experts compétents dans le domaine choisi, la présence de coordinateur de projet, la contribution des patients, un rôle prédéfini pour chacun, et la formalisation claire sur la forme d'un parcours de soins (83). Le fait de baser le parcours de soins sur des recommandations facilement accessibles facilitait son utilisation(39). Enfin, le fait d'impliquer des médecins et les professionnels paramédicaux (notamment les infirmières) qui allaient utiliser ce parcours et qui étaient directement concernés améliorait leur adhésion(40), (84), (85).

Un article anglais datant de 1998 évoquait la place des parcours de soins dans le système de santé anglais. Les auteurs semblaient assez méfiants vis-à-vis des parcours de soins, alors peu implantés. En effet, ils étaient perçus comme des recettes de cuisine, appliqués à la médecine, avec finalement un cloisonnement des différents problèmes des patients, et une prise en charge peu globale. Ils identifiaient les situations où les parcours semblaient pertinents : lorsqu'il y avait un potentiel d'amélioration de pratiques, lorsque la prise en charge d'une pathologie était déjà bien établie, lorsqu'il y avait un besoin de rationaliser la littérature, lorsqu'il y avait un intérêt à une approche multidisciplinaire, lorsqu'il y avait un intérêt à diminuer les durées de séjour, ou lorsqu'il pouvait être utilisé comme un service de support et d'information pour les patients(86).

3.6.2 Le contenu

Un article explorant la perception des médecins généraliste quant à un rapport de réunion de concertation pluridisciplinaire montrait que le fait de décrire sur le rapport les effets indésirables des chimiothérapies et les conduites à tenir semblait faciliter le parcours de soins(87).

Par ailleurs ce qui semblait favoriser l'utilisation de ce parcours était la stratification des patients selon leur niveau de risque(40), (49). On cite notamment une étude danoise qui décrivait les pratiques et l'adhésion aux recommandations d'un parcours de soins de l'asthme (60).

Le fait d'avoir des critères d'inclusion trop rigides, et des cadres trop rigides semblait être une barrière à l'utilisation des parcours, les patients n'arrivant parfois pas à s'y positionner. La présence d'un cadre temporel au parcours de soins pouvait être anxiogène, lorsqu'il n'était pas respecté(88).

Le parcours devait être visible, clair, bref, simple, facile d'accès, composé de sources valides, et décrivant un problème complexe(89), (90), (91).

3.6.3 Le support

Ce qui semblait faciliter l'utilisation du parcours de soins, était son support. Le format papier, distribué aux patient, avec une formulation adaptée était un élément facilitateur(30) alors que d'autres études prônaient un support numérique(90).

D'autre part, pour les parcours sur support papier, y retrouver les personnes ressources et notamment les ressources locales semblaient apporter un intérêt supplémentaire(29).

3.6.4 L'organisation

La mise en place d'un support téléphonique pour les médecins et les patients favorisait l'utilisation du parcours(92), (37).

L'utilisation était d'autant plus importante que le parcours était organisé de manière locale(40), et à une échelle de taille adaptée, pour préserver une certaine proximité(88).

Certains auteurs décrivaient le rôle important à jouer pour les infirmières, en les responsabilisant, en permettant la délégation de tâches et en rendant les ressources plus disponibles(85).

Etait évoquée également comme facilitatrice la mise en place d'infirmières ou de médecins référents(37),(90). On cite notamment une étude irlandaise sur l'épilepsie, qui prônait la mise en place de médecins référents, au sein des parcours.

D'autres auteurs, évoquaient la création d'une unité de consultation, ou d'hospitalisation dédiée(68).

Un des freins identifiés était la concurrence des intérêts professionnels des personnes impliquées dans le parcours(83).

Une étude finlandaise s'intéressait à l'adhésion de médecins généralistes à un parcours de soin des patients hypertendus. Les résultats montraient une meilleure adhésion dans des centres de santé multidisciplinaires et lorsque les médecins avaient des patients attribués, avec un suivi type médecin de famille(93).

Une étude qualitative s'intéressait au vécu des patients inclus dans un parcours de soins pour le cancer colorectal. Les données étaient recueillies auprès des infirmières, au travers de focus groups. Les infirmières déclaraient que les objectifs de récupération détaillés dans le parcours apparaissaient à la fois comme une barrière s'ils n'étaient pas atteints, et à la fois comme facilitateurs pour motiver les patients. Le fait de ne pas avoir les références littéraires utilisées constituait également une barrière(84).

Un article canadien identifiait des barrières notamment interprofessionnelles : le manque de clarté sur le rôle de chacun, des intérêts concurrents, une vision différente(94).

3.6.5 La communication et la coordination

Plusieurs études s'attachaient à montrer l'importance de la communication entre les différents intervenants, et avec le patient(39), (37), (90).

Une étude qualitative lilloise s'intéressait à la perception des médecins généralistes quant à l'envoi d'un rapport de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) immédiatement après celle-ci. Au travers d'entretiens semi-dirigés, les médecins généralistes déclaraient préférer un contact direct (téléphonique notamment)(87), (95), (94).

Parmi les méthodes de coordination, plusieurs articles proposaient la mise en place de réunion entre intervenants du parcours pour améliorer sa qualité et améliorer justement la coordination(32). Un des parcours étudiés bénéficiait de réunions mensuelles pour discuter des barrières rencontrées, et proposer des voies d'amélioration.

Un article de la société cardiovasculaire canadienne décrivait un programme de soins pour la fibrillation auriculaire, hospitalier et ambulatoire. Des voies d'amélioration étaient proposées, notamment au travers de réunions entre sociétés savantes et « fournisseurs » de soins primaires, pour permettre l'amélioration de la continuité des soins(96).

Une étude qualitative irlandaise, cherchant à faciliter les rapports entre soins primaires et secondaires dans le parcours de soins de l'épilepsie, proposait d'utiliser les ressources informatiques de communication pour améliorer celles-ci(90).

3.6.6 La formation

La formation des acteurs semblait indispensable, au préalable de la mise en place d'un parcours ou durant son utilisation. Elle était destinée aux professionnels intervenants dans le parcours(39), (90), (37).

Par exemple, un article américain décrivait l'utilisation d'un parcours de soins ambulatoire de la maladie veineuse thromboembolique. Etait décrite la mise en place d'un centre de formation pour les médecins souhaitant participer au parcours(92).

En effet, le manque de connaissance concernant une maladie pouvait être une barrière à l'utilisation d'un parcours, du fait d'un manque de confiance(92), (90), (97).

3.6.7 L'éducation des patients

L'éducation des professionnels de santé et des patients apparaissait comme un élément facilitateur, au préalable du parcours de soins et durant son utilisation(41).

Une étude qualitative cherchait à décrire les barrières rencontrées dans des parcours de soins de l'accident vasculaire cérébral. Les auteurs décrivaient des barrières dans l'éducation des patients (à appeler le SAMU dès les premiers symptômes)(97).

3.6.8 L'évaluation

Parmi les éléments facilitants l'évaluation du parcours, on relevait notamment la mise en place d'une base de données patients(39), (91).

Un article anglais ancien traitait des barrières et des facilitateurs aux parcours de soins, identifiés dans la littérature. Une base de données (indicateurs) facile d'accès, et facile à compléter, qui répertorie tous les variations, et procède à des ajustements après évaluation, semblait faciliter l'utilisation du parcours(91).

3.6.9 Les mesures incitatives

Plusieurs études faisaient état de compensations financières aux unités ou aux médecins participants à la création, le fonctionnement, et l'amélioration des parcours de soins (55), (85), (49), (90), (98).

Par ailleurs, la participation à des parcours de soins, leur mise en place et leur évaluation, permettait le crédit d'unités de formation continue pour les médecins (46).

Ces mesures incitatives pouvaient également concerner le patient(41), avec la récompense d'une sortie plus précoce, ou même la prise en charge d'actes non remboursés.

Une thèse décrivait le fonctionnement et l'utilisation d'un réseau de soin d'aide au sevrage du tabac en Lorraine. Ce réseau pouvait s'apparenter à un parcours. Un des facteurs facilitants identifié était la présence d'une convention entre les responsables du parcours et l'Agence Régionale de Santé (ARS), permettant la prise en charge de certains actes, habituellement non remboursés, si ceux-ci étaient effectués dans le cadre de ce réseau(69).

3.6.10 Les nouvelles technologies de communication et d'information

Un article néo-zélandais s'intéressait à la mise en place d'un site internet dédié aux parcours de soins, sur lequel les médecins pouvaient s'appuyer durant leur consultation. Les résultats étaient plutôt concluants quant à son utilisation, et les médecins étaient globalement satisfaits de ce site (54).

Un article américain décrivait un service internet via le site « connection to health » pour améliorer la gestion des soins, et notamment des maladies chroniques(99). Cet outil permettait aux patients et aux professionnels de santé l'évaluation, la surveillance, et la gestion de

nombreuses maladies. Il consistait en une auto-évaluation par le patient, puis une évaluation par le médecin, et enfin la délivrance de rapports et recommandations adaptées au patient et selon les priorités du professionnel de santé (exemple : un patient qui s'évaluait et déclarait ne pas avoir d'activité physique, ou un taux de cholestérol élevé, se voyait proposer par le site, et éventuellement par le médecin, une discussion sur des règles hygiéno-diététiques à apporter). Une étude qualitative anglaise explorait les relations entre hôpital et médecine de soins primaires, à travers des entretiens semi dirigés sur un modèle de microsystème (cela correspond à la plus petite unité fonctionnelle qui fournit des soins de santé) : une voie d'amélioration dans la communication retrouvée était l'utilisation des technologies d'information (courriels)(95).

3.6.11 Les ressources

Une autre étude qualitative, parisienne, cherchait à décrire les barrières rencontrées dans des parcours de patients atteints d'accident vasculaire cérébral, au travers d'entretiens semi-dirigés avec différents professionnels de santé impliqués dans ces parcours. Etait cité le manque de ressources (staff pluridisciplinaires rares, disponibilités de moyens de transports)(97), (91).

3.7 Les perspectives

3.7.1 Le case manager

Plusieurs études évoquaient le rôle de « case manager », comme un élément du parcours de soins, ou comme une perspective d'avenir.

Signifiant littéralement « gestionnaire de cas », ce terme désigne un professionnel de santé dont le rôle est la coordination et la gestion d'un patient. Il fait également référence à l'approche holistique que doit comporter la création d'un parcours de soins(100).

Un article américain de 1995 décrivait une étude interventionnelle type avant/après de mise en place d'un parcours de soins pour des patients hospitalisés pour une fibrillation auriculaire (FA). L'indicateur mesuré était le taux de réadmission à 1 an. Celui-ci s'améliorait significativement après la mise en place du parcours. Le parcours s'appuyait sur des « case manager », ici des infirmières(59). En plus de la coordination elles dispensaient une part d'éducation thérapeutique aux patients. Cette intervention complexe soulevait à nouveau la question d'un biais à l'efficacité annoncée de la mise en place d'un parcours : cette efficacité était-elle liée aux parcours ou à la partie d'éducation qu'ils comprenaient ?

Dans l'étude qualitative parisienne des barrières rencontrées dans des parcours de soins de l'AVC, les entretiens semi-dirigés avec les différents professionnels de santé impliqués dans ces parcours ouvraient sur la perspective d'un coordinateur de parcours de soins, impliqué dans le fonctionnement et l'amélioration de ceux-ci(97).

Un article australien décrivait les mesures proposées par les autorités locales pour favoriser les parcours de soins en milieu rural. Il décrivait les différents personnels impliqués, avec notamment le rôle de superviseur clinique, apparenté au « case manager », ainsi que plusieurs « medical education providers » ou agents d'éducation en santé(98).

Un article italien décrivait un essai randomisé sur l'effet d'un parcours de soins du patient victime d'AVC, principalement hospitalier et avec différents indicateurs uniquement hospitaliers. Cependant on y retrouvait la notion de case manager comme un indicateur de coordination des soins, qui pouvait être un kinésithérapeute, une infirmière spécialisée ou un ergothérapeute(101).

Un essai randomisé canadien décrivait l'impact d'un « case manager » dans l'amélioration de la prise en charge de l'ostéoporose (concernant le traitement et la réalisation d'ostéodensitométrie) après une fracture de hanche. Au travers d'appels téléphoniques au médecin traitant, de programmation de rendez-vous d'ostéodensitométrie, les patients étaient plus souvent traités par biphosphonates, et bénéficiaient plus souvent d'une ostéodensitométrie dans le bras intervention. Le rôle du « case manager » apparaissait donc significativement intéressant(66).

Un essai randomisé multicentrique américain s'intéressait à la prescription d'antibiotiques dans les maladies infectieuses fréquemment rencontrées en soins primaires (notamment oto-rhino-laryngées). Un groupe intervention bénéficiait d'un parcours de soin associé à du matériel d'éducation pour les patients, ainsi qu'une personne ressource favorisant l'utilisation du parcours « peer-champion ». Les résultats étaient meilleurs dans le groupe intervention (taux de prescription d'antibiotiques, taux de prescription d'antibiotiques à large spectre). La

question se posait quant à l'efficacité du parcours du soins en lui-même, combiné à l'éducation des patients, ou d'un biais lié à l'éducation seule(67).

3.7.2 Des parcours menés par d'autres professionnels que des médecins

3.7.2.1 *Un rôle d'éducation thérapeutique*

Une étude interventionnelle étasunienne de type avant/après sur un parcours de soins pour la fibrillation auriculaire (FA) mesurait le taux de réadmission à 1 an. Des infirmières avaient un rôle d'éducation thérapeutique aux patients. Cette intervention complémentaire à la mise en place du parcours rendait difficile la distinction de la part d'efficacité du parcours lui-même dans cette intervention(59).

3.7.2.2 *Un rôle d'aiguillage*

Une étude interventionnelle avant/après s'intéressait à un service d'évaluation de troubles musculo-squelettiques par des kinésithérapeutes praticiens. Ces kinésithérapeutes, formés au triage, recevaient des patients adressés par leur médecin généraliste et les orientaient vers les soins les plus appropriés. L'idée était de leur donner, en plus du rôle thérapeutique, un rôle d'aiguilleur, dans l'objectif de réduire les consultations multiples, et donc le coût des soins(53).

De la même manière, une étude décrivait le rôle d'infirmières « gatekeeper » souvent joué par une infirmière d'accueil formée, littéralement « garde-barrière »(102).

3.7.2.3 *La notion d'empowerment*

Un article anglais discutait de la notion « d'empowerment » des infirmières au sein d'un parcours de soins hospitalier, pour améliorer les transitions et la continuité des soins depuis un service de soins intensifs. L'empowerment se définit comme le transfert de la prise de décision au professionnel du niveau le plus bas possédant la compétence de prise de décision. Cela permettait donc de responsabiliser et valoriser le rôle de l'infirmière, tout en améliorant la continuité des soins(103).

Un article américain décrivait le fonctionnement d'un programme pour l'asthme de l'enfant, avec un rôle prépondérant donné aux infirmières praticiennes qui étaient incluses dans ce parcours de soins comme des intervenants réalisant des visites intermédiaires entre les visites du suivi programmé(50).

Un article anglais décrivait les glissements de tâches des spécialistes vers les médecins généralistes. Cela semblait adapté aux patients qui recherchaient souvent une proximité et une disponibilité plus importante. L'idée était cependant de ne pas perdre en efficacité et en efficience. La notion de « soins partagés » était discutée (shared care) : elle consiste à relayer le suivi par le médecin généraliste une fois celui-ci initié par le spécialiste, ou même à laisser le médecin généraliste réaliser le suivi et faire appel au spécialiste s'il est confronté à certains points spécifiques du parcours. L'élément-clé au cours de ces soins partagés était une bonne communication, avec comme piste d'amélioration l'échange d'information via les dossiers partagés(104). Cela rejoignait le concept d'empowerment, non plus du médecin au paramédical mais entre médecins de différentes spécialités et niveaux de recours.

3.7.2.4 *Le rôle des pharmaciens*

Un article s'intéressait aux pratiques liées aux maladies thromboemboliques et montrait plusieurs inadéquations aux recommandations. Il proposait des éléments d'améliorations avec notamment l'intégration de pharmaciens dans les parcours de soins. En effet des études précédentes montraient l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité quand ceux-ci étaient intégrés aux parcours de soins(105).

Un autre article prônait l'intégration des pharmaciens au sein des parcours : ils pourraient améliorer le développement des parcours de soins en apportant leur avis sur la sélection de traitement basés sur des preuves et en monitorant l'efficacité des traitements et leurs effets secondaires(106).

3.7.3 *L'exemple anglais des « Clinical Commissioning Groups »*

Un article anglais décrivait le nouveau rôle de gestionnaire de réseau endossé par des médecins généralistes au travers des Clinical Commissioning Groups (CCG). Ces groupes sont des consortiums regroupant des médecins omnipraticiens et d'autres cliniciens et qui remplacent les Primary Care Trust (PCT). Les PCT étaient des organismes responsables au niveau local du financement et de l'organisation des soins, gérés par des administratifs. Une réforme de 2012 les a remplacés par des CCG, gérés par des médecins généralistes locaux devenant ainsi des gestionnaires de réseau dont le rôle est de permettre un exercice coordonné, efficient, et centré sur le patient. Leur rôle est également la gestion des connaissances (gestion des formations, du partage de données, de la description des meilleures pratiques). Ils doivent enfin assurer la stabilité et la cohérence du réseau vis-à-vis des retours de patients et des autres pratiques à l'international(107).

3.7.4 *La perception de la continuité*

Un autre article s'intéressait à la perception de la continuité des soins par les patients, via une revue de littérature. La continuité apparaissait comme un gage de confiance pour les patients. Elle leur permettait d'avoir des interlocuteurs qui connaissaient leur environnement et leur contexte de vie. Cela leur apparaissait comme facilitant une prise en charge adaptée et une meilleure gestion des aspects émotionnels difficiles. Un exemple illustre cela, avec les patients qui retournaient voir leur médecin généraliste après avoir vu le spécialiste, pour avoir leur avis. Le fait d'être informés leur donnait du pouvoir, et un sentiment de partenariat dans la prise en charge(108).

4 DISCUSSION

4.1 Résultat principal : les indicateurs de qualité

Notre recherche retrouvait finalement peu d'indicateurs de qualité des parcours de soins. Les différents indicateurs ont été décrits selon s'ils étaient de structure, de processus ou de résultats).

4.1.1 Les indicateurs de résultats

Certains indicateurs de résultats étaient spécifiques à la condition du patient (par exemple le taux de résolution de la toux à 6 semaines (51)) et d'autres aspécifiques (mesure de la qualité de vie via le questionnaire EQ 5D 5L(31)). La mesure de ces indicateurs ne semblait pas permettre de distinguer l'impact du parcours de soins d'autres déterminants au sein d'une intervention plus complexe. Les indicateurs de résultats semblaient en revanche facilement compréhensibles pour les acteurs du parcours et pour les patient (109) et ont l'avantage de mesurer les résultats et donc de juger de l'efficacité finale.

Cependant, ils sont plus faciles à lire et à comprendre par le public et par les professionnels et permettent de mesurer l'impact réel des stratégies et procédures de soin(109).

Un article anglais discute de l'intérêt des parcours de soins en soins dentaires. Plusieurs Dental Primary Care Trust utilisent un parcours de soins, encore une fois stratifié selon le risque.

Les auteurs estiment l'évaluation d'un parcours très complexe, et difficile à baser simplement sur des indicateurs de résultats. Les problèmes soulevés par ces parcours de soins n'y sont pas spécifiques : pas de prise en compte de l'environnement social du patient, problème des patients qui relèvent de plusieurs parcours(57).

4.1.2 Les indicateurs de processus

Les indicateurs de processus semblaient une évaluation plus fidèle de la globalité d'un parcours, et plus facilement transposables à d'autres parcours : par exemple le délai diagnostic, la délivrance d'une conduite à tenir face un événement ou le taux d'actes réalisés en urgences en comparaison au taux d'actes programmés(54),(65),(48).

Ils sont peu dépendants des caractéristiques des patients accueillis et ils permettent de retenir des actions d'amélioration et d'en mesurer l'impact : la non-conformité mesurée fournit en général « directement » l'action correctrice. On mesure le taux de réalisation d'un processus, qui constitue en soit une voie d'amélioration de la qualité des soins. Par exemple, le taux d'Hba1c est un indicateur de résultat. Pour le faire varier, il convient de faire intervenir différentes variables (traitement, surveillance...) par opposition à l'indicateur de processus (par exemple le nombre d'Hba1c réalisées dans l'année), qui va varier uniquement grâce à l'action correspondante.

Cependant, le lien entre le processus mesuré et les résultats sur la santé n'est pas toujours démontré(110).

4.1.3 Des alternatives : les indicateurs composites et l'appropriateness

On note une approche qui semble être un compromis entre les indicateurs de résultats et de processus : l'utilisation d'indicateurs composites, ou scores agrégés(111). Un score agrégé est une combinaison mathématique de plusieurs mesures qui sont en lien avec une ou plusieurs

dimensions de la qualité des soins. Les scores agrégés vont dépendre essentiellement des poids attachés aux indicateurs : les résultats seront très sensibles au choix du schéma de pondération. Il est donc nécessaire de disposer d'une méthode explicite et structurée de définition des poids respectifs des éléments constitutifs du score (consensus ou modélisation statistique)(110).

Une autre étude avait pour objectif de décrire le suivi du patient diabétique, en partant de l'hypothèse que les indicateurs de résultats isolés pouvaient surestimer la qualité réelle. Cette étude ne décrivait pas de parcours de soins, mais la prise en charge globale du diabète. Elle a donc été exclue initialement de notre revue systématique. Elle apportait cependant une notion intéressante : son objectif était d'évaluer des indicateurs de résultats, non pas de manière isolée mais dans un processus de soins intégrés. L'équipe cherchait à mesurer si les soins étaient adaptés au patient, et dans le temps. Etaient donc mesurés le taux de patients ayant bénéficié d'une évaluation de leur niveau de risque, le taux d'adaptation du traitement si nécessaire et enfin, l'existence d'une évaluation de la réponse à ce traitement. Un dernier indicateur mesurait le respect des trois premiers. En fonction de ces indicateurs, d'autres indicateurs de résultats en étaient pondérés : on mesurait par exemple le nombre d'HbA1c *adaptées* réalisées dans l'année, en comparaison au nombre d'HbA1c réalisées dans l'année. Ces résultats (HbA1c, mesure de LDL-cholestérol, mesure d'albuminurie, calcul rapport albuminurie/créatininurie) étaient statistiquement moins bons lorsqu'ils étaient mesurés non pas de manière isolée, mais lorsqu'ils étaient pondérés par leur taux « d'appropriateness » (112). On traduit le concept « d'appropriateness » par la « justesse » des soins. En d'autres termes, cette étude montrait que mesurer le nombre d'HbA1c « brutes » dans une population, ne témoignait pas d'une qualité de soins. En revanche, ce qui témoignait de la qualité des soins était le nombre d'HbA1c *adaptées* réalisées : c'est à dire celles qui avaient été réalisées au bon moment, qui avaient été suivies d'une modification de traitement, et d'une réévaluation ensuite.

Cela nous amène à considérer un résultat « secondaire » de notre étude, celui des outils globaux d'évaluation systématique des parcours de soins, qui sont probablement plus adaptés.

4.2 Résultats secondaires

4.2.1 Les outils d'évaluation

Finalement ce sont des outils d'évaluation globale, plus universelle, qui présentent un réel intérêt, notamment dans l'optique d'une auto-évaluation, et par exemple par les professionnels d'une maison de santé. Ces outils sont plutôt ciblés sur l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement des parcours, plutôt que des résultats de soins.

La revue de littérature sur les outils propose l'utilisation de l'ICPAT, malheureusement non accessible. Cet outil paraît adapté à l'évaluation d'un parcours au sein d'une petite structure, notamment d'une maison de santé(78). Il est en cours de développement et de validation : on ne retrouve pas de références récentes dans la littérature pour le moment.

Le CPSET est un autre outil semblant applicable pour les équipes de soins primaires coordonnées, élaboré par des auteurs belges et néerlandais. C'est un outil spécialement conçu pour l'auto évaluation. Il a été validé et son utilisation récente a permis d'établir une table, avec des valeurs seuils de qualité, pour les différents items(79). On ne retrouve pas cependant dans la littérature d'autres articles que celui détaillant sa création, et celui permettant la création de seuils.

Le Team Climate Inventory cherche à évaluer le fonctionnement d'un parcours de soins, au sein d'une équipe, dans le but d'améliorer les relations et la fluidité de fonctionnement. Cet outil semble présenter un intérêt dans les milieux pluriprofessionnels. Il a bénéficié d'une traduction en français, par des Québécois, avec une méthode de validation. Il comporte 61 items, qui sont classés en quatre catégories : la vision de l'équipe, l'orientation des tâches, la sécurité de participation, et le support pour l'innovation. L'utilisation de cet outil s'étend à d'autres champs que la médecine, car il reste très généraliste. Néanmoins, il présente un intérêt dans les parcours de soins(113).

Un autre outil issu de ce travail semble applicable aux équipes de soins primaires : le modèle du FOCUS-PDSA. Ce modèle largement connu et utilisé, mais une seule étude décrit son utilisation dans les parcours de soins. Le PDCA est une représentation proposée par W. Edwards Deming dans les années 50, exprimant le cycle de l'action efficace. C'est une méthode séquentielle de conduite et d'amélioration de projet qui permet d'exécuter un travail (par exemple un projet d'amélioration de la qualité) de manière efficace et rationnelle. Elle comprend 4 étapes : *Plan* : planifier les actions et les résultats attendus, *Do* : les mettre en œuvre, *Check* : vérifier et analyser les résultats et *Act* : prendre des mesures correctives si besoin. Le PDCA peut être utilisé à un niveau très global comme la conception du projet d'établissement, ou pour améliorer un processus, ou de façon très ciblée, par exemple la conduite d'une action d'amélioration(114).

Un dernier outil, que peu d'études ont utilisé, est celui de la « variance ». La méthode consiste à analyser la trajectoire suivie par le patient et à la comparer à celle prévue par le parcours. Une étude chinoise utilisait un modèle d'analyse de variance pour un parcours de soins de l'insuffisance cardiaque. L'article décrivait trois types d'écart au parcours : les activités supplémentaires (ce que le patient a réalisé en plus du parcours), les activités absentes (ce qui était prévu dans le parcours, mais que le patient n'a pas réalisé), et les contraintes (ce qui était

prévu par le parcours, que le patient a réalisé avec réticence)(115). Cette approche d'évaluation est centrée patient, et présente un intérêt majeur, à notre sens.

Un outil économétrique, la DEA, semblait intéressant mais son appropriation par des professionnels de santé de terrain semble difficile en raison du maniement de nombreux concepts économiques avancés(73). On part du principe qu'il existe des indicateurs de performance pour évaluer un système de soins, mais ceux-ci ne s'intéressent qu'à une voire deux dimensions du système. L'évaluation de la performance globale requiert une combinaison des informations relatives aux différentes dimensions du système de soins. En ce sens, deux techniques ont principalement été utilisées, principalement la DEA, et dans une moindre mesure l'analyse économétrique par régression. Elle permet notamment de voir si un mauvais résultat sur un indicateur de performance, est lié à une mauvaise décision lors de la prise en charge, ou si simplement il s'agit d'un problème d'organisation ou de recueil de données. En d'autres termes, cet outil prend en charge toutes les dimensions d'un problème, en évitant les biais. Cet outil pourrait sembler adapté dans les parcours de soins, qui sont des interventions assez complexes.

L'outil de care mapping était beaucoup utilisé dans les travaux retrouvés par notre étude. L'utilisation de cet outil est peu détaillée, et finalement il semble difficile à utiliser notamment dans le cadre de soins primaires, et des maisons de santé(70),(71),(72). Il s'agit d'un outil dérivé de l'industrie. Le but de cet outil est de modéliser les relations entre les activités, les personnes, et les ressources. Il constitue une alternative à l'audit simple, et considère toutes les étapes d'un système de soins, comme un processus, avec un objectif. On peut le décrire comme une photographie d'un système de soins à un instant t. Cela permet de décortiquer un processus, et d'en extraire les influences historiques, environnementales, culturelles, et de les changer si cela est approprié. Un des outils, le model of patient pathways to treatment semble plus concret, et est schématisé en annexe B.

4.2.2 Les barrières et facilitateurs des parcours de soins, les perspectives

Alors que la revue systématique cherchait à recueillir des indicateurs de qualité des parcours de soins, une partie importante de nos résultats apportaient surtout des éléments facilitateurs et freinateurs de la mise en place d'un parcours de soins. S'ils n'en permettent pas l'évaluation, ces données apparaissent comme une aide à la création d'un parcours.

4.2.2.1 L'implication des usagers

D'une part, il paraît indispensable d'impliquer les patients. Plusieurs articles décrivaient d'ailleurs la création de parcours de soins, à partir de focus group de patients notamment(43),(44).

4.2.2.2 L'approche bottom-up, l'empowerment et l'émergence de nouvelles fonctions

La notion commune à l'approche bottom-up et à l'empowerment est celle de l'implication des professionnels de terrain. Une des études détaillant la création d'un parcours utilisait l'approche « bottom-up »(116),(117). Il s'agit d'un pilotage participatif (ascendant) où le fil directeur de l'animation démarre des perceptions et initiatives de l'échelon le plus « bas » (au sens hiérarchique) ou le plus « terrain » (au sens opérationnel) pour être répercutées, déclinées et prises en compte par les échelons supérieurs.

L'empowerment, détaillé au 3.7.2.3 permet d'optimiser les ressources, valoriser certains rôles, et d'améliorer la délivrance des soins de manière globale(50), (103), (104).

Au-delà de l'empowerment, notre revue a fait ressortir les Clinical Commissioning Groups en Angleterre, où les médecins sont les gestionnaires d'un réseau. Ce fonctionnement nouveau élargit le champ de compétence du médecin et met en pratique la proposition l'OMS : « Primary Health Care : Now More Than Ever ». L'idée est de mettre l'accent, et donner du pouvoir aux soins primaires(107).

Un autre métier émerge dans plusieurs études : le « case manager ». Ce rôle clé de coordinateur du parcours d'un patient est endossé selon les études par des infirmières, kinésithérapeutes, ou autre professions paramédicales(66),(59),(97),(98),(100),(101).

A l'origine, le case management est un modèle d'intervention (clinique et organisationnel) développé au Québec, aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne. Il propose un cadre de référence pour la prise en charge de patients souffrant de pathologies chroniques, notamment en matière de santé mentale.

La philosophie de base de l'approche de case management vise à favoriser, pour le patient, un accompagnement global et progressif vers le rétablissement dans son cadre de vie ordinaire, en collaboration constante avec ses proches et des intervenants et parties prenantes issus de son environnement externe.

En France, il n'y a pas d'organisme national actif dans le domaine du case management, ce qui a pour conséquence une diversité d'approches et de définitions en la matière. Des initiatives à un niveau national comme le « plan Alzheimer (2008-2012) » ou encore le « plan Cancer (2009-2013) » prévoient une multitude de mesures pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de ces maladies. Ces mesures prévoient aussi, entre autres, la mise en place d'une approche de case management.

Les professions intégrant une approche et/ou des pratiques de case management identifiées en France sont :

- le coordinateur pour l'encadrement des patients Alzheimer (mesure 5 du « plan Alzheimer 2008- 2012 ») (infirmiers et assistants sociaux peuvent accéder à la formation qualifiante)
- le coordinateur de santé en gériatrie ou « gestionnaire de cas » (formations proposées par les universités Paris V et Bordeaux)
- L'infirmière coordinatrice (pour les patients atteints d'un cancer, notamment dans le cadre du « Plan Cancer 2009-2013 »).

Bien que les pratiques de case management soient très variées d'un pays et/ou d'un projet à un autre, les conclusions sur la valeur-ajoutée (économique, qualité des soins, satisfaction des patients et des soignants, etc.) sont plutôt positives même si relativement peu d'études empiriques peuvent être citées à l'appui(118).

4.2.2.3 *Une valorisation financière pour les professionnels impliqués*

Les compensations financières proposées aux professionnels participant aux parcours semblaient être un élément facilitant dans plusieurs études(49),(55),(85),(90),(98).

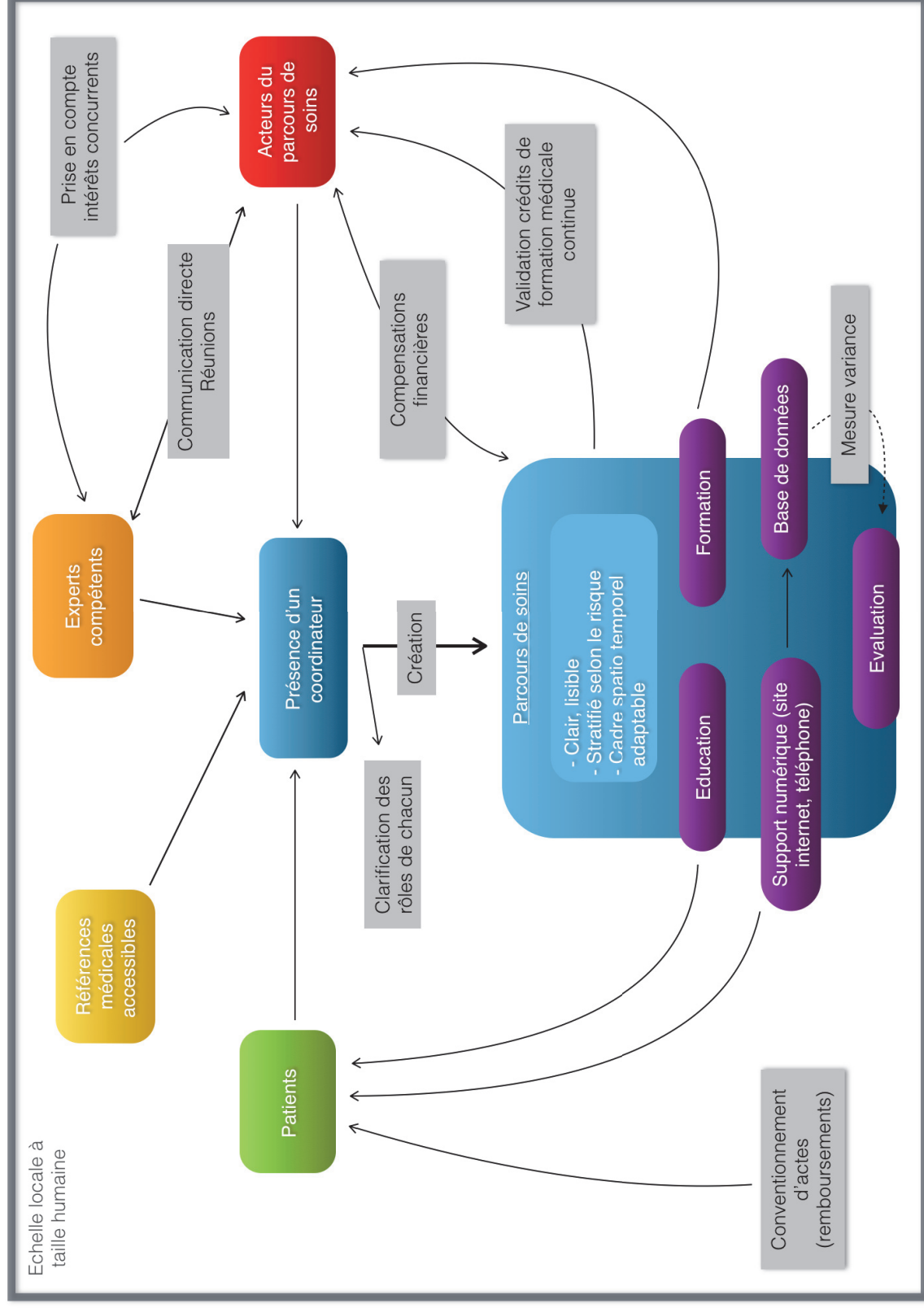


Figure 2 : Schéma décrivant les éléments facilitateurs aux parcours de soins

4.3 Forces et limites de notre travail

4.3.1 Objectif de recherche

Notre objectif était d'identifier l'ensemble des travaux de recherche ayant développé des indicateurs de qualité des parcours de soins en soins primaires. Nous pensons avoir répondu à cet objectif.

Nous avons mis en évidence le faible nombre de travaux existants, correspondant à cet objectif. Par ailleurs nous avons essayé d'adopter un versant exploratoire et narratif, à travers la littérature grise, qui permet d'ajouter quelques données aux résultats.

Une seule autre étude faisait une revue de littérature des indicateurs de qualité des parcours de soins, mais celle-ci ne se limitait pas aux soins primaires, et date de 2012.

4.3.2 Type d'étude

Concernant le choix du type d'étude, celui-ci semblait adapté a priori, et il s'avère, une fois la recherche réalisée, que peu d'études correspondent aux critères recherchés. C'est d'ailleurs souvent décrit dans les études : peu de travaux existent sur les méthodes d'évaluation des parcours de soins(78). Une revue de la littérature récente recherchait tous les outils existants pour évaluer les parcours de soins et finalement seul un outil est validé.

A posteriori, il paraît intéressant d'envisager une recherche similaire, plutôt exploratoire, sous une forme qualitative, avec utilisation de focus group, dans le but de faire émerger des idées sur les critères qualité d'un parcours de soins.

4.3.3 Méthode de recherche

4.3.3.1 Les bases de données

En sus de Medline et des moteurs de littérature grise, une recherche complémentaire sur Embase n'a pas été jugée utile. Cette base de données est plutôt européenne et axée sur la toxicologie et la pharmacologie. Notre accès y était également limité.

La recherche documentaire a concerné les articles publiés de 1993 à 2015, ce qui est une période relativement longue. En contrepartie, une période aussi longue expose à l'inconvénient de sélectionner des études effectuées dans des contextes socio-professionnels ayant significativement évolué, ce qui peut introduire une certaine hétérogénéité et nuire à la transférabilité des résultats

4.3.3.2 Le choix des mots clés

Les mots clés choisis pour l'équation ont pu entraîner un biais de sélection. D'une part les mots clés utilisés étaient uniquement ceux de la terminologie MeSH, dans une optique de rigueur. Cependant, quelques articles utilisant d'autres mots clés ont pu ne pas être inclus (par exemple certaines des références secondaires, « quality improvement »(119)).

Nous avons dans un premier temps envisagé une équation différente. Celle-ci comportait simplement la notion de « parcours de soins », et celle « d'indicateurs de qualité des soins ». On recueillait alors environ 1400 articles sur Medline, ce qui nous paraissait révéler une équation peu spécifique.

Le choix des mots clés se discute. La notion de parcours de soins paraît indispensable, tout comme la notion d'évaluation de la qualité des soins (au travers des différents mots-clés). Nous

avons fait le choix de rajouter la notion de soins primaires, pour resserrer notre champ de recherche, et avoir des résultats exploitables par des équipes de soins primaires. Cependant, notre revue a retrouvé plusieurs articles qui ne font pas vraiment référence aux soins primaires. On retrouve également dans les références secondaires, certains articles qui font référence aux soins primaires, et qui n'avaient pas été identifiés par l'équation initiale.

Nous avons initialement utilisé uniquement le mot clé « indicateurs de la qualité de soins », et avons ensuite rajouté tous les mots clés faisant référence à l'évaluation de la qualité des soins de manière générale. Cela a permis d'obtenir un plus grand nombre de résultats.

4.3.3.3 L'accessibilité des articles

73 articles, sélectionnés pour une lecture complète, n'étaient pas accessibles gratuitement. Nous avons d'abord essayé de les rechercher sur Google, en accès direct. Cela a permis d'inclure un certain nombre d'articles. En cas d'échec de cette voie, les auteurs étaient contactés par courriel lorsqu'il existait une adresse indiquée. Bon nombre d'entre eux n'ont pas répondu, ou avaient une adresse qui n'était plus fonctionnelle.

Les ressources proposées par la faculté, au travers d'abonnement à un certain nombre de revues, ont permis d'inclure quelques articles supplémentaires.

Ce recueil partiel des textes intégraux des références identifiées constitue donc un deuxième biais de sélection. Il conviendrait d'approfondir ce travail à l'aide de meilleurs appuis afin d'accéder à tous les articles.

Les publications recensées sont très majoritairement écrites en langue anglaise, ce qui a pour conséquence une surreprésentation des travaux d'origine anglo-saxonne et notamment anglo-américains.

4.3.3.4 L'objectif narratif

Certains articles ne correspondaient pas totalement à nos critères de recherches (par exemple, ne concernaient pas les soins primaires, ou ne présentaient pas d'indicateurs de qualité), mais présentaient une idée ou un concept pertinent vis-à-vis de notre travail. Nous avons fait le choix de ne pas les exclure, compte tenu du peu d'articles existants sur le sujet, et toujours dans un but narratif et exploratoire.

4.3.4 Que penser des résultats ?

Sans rentrer dans les détails de nos résultats exposés plus hauts, notre travail apporte déjà un premier constat : peu d'indicateurs de qualité existent quant aux parcours de soins.

Cela s'explique par la complexité des parcours, et leur difficulté d'évaluation par des indicateurs isolés, qu'ils soient de processus, ou de résultats.

Nous avons mis en évidence l'intérêt d'évaluations plutôt systématiques et globales, par le biais d'indicateurs agrégés, ou même au mieux d'outils, dont certains sont en attente de développement.

Nous ouvrons ainsi une nouvelle perspective de recherche sur les outils cités plus hauts, et notamment la recherche sur leur utilisation.

Par ailleurs, une partie importante de nos résultats secondaires concerne les barrières, les facilitateurs, et les perspectives d'amélioration des parcours de soins. Nous avons donc réalisé une sorte de guide d'aide à la création, et l'utilisation des parcours.

Concernant les facteurs de confusion, le fait d'avoir de nombreux articles accessibles, occulte certainement une partie des données. Une autre recherche plus approfondie, avec des moyens plus importants, pourrait partir de notre travail, et le compléter avec ces données manquantes.

4.3.5 Les travaux similaires au nôtre

Finalement, très peu d'études réalisent un travail similaire au notre (moins de 5). En ce sens, notre travail comporte une part importante d'originalité.

Une seule étude réalise une revue systématique de la littérature, en 2004, pour déterminer si les parcours de soins ont un effet sur l'amélioration de la qualité de soins. Ils relèvent ainsi toute forme d'évaluation ou d'indicateurs concernant les parcours de soins. Les articles inclus sont compris dans la période 2000-2002. Ce qui est une période relativement restreinte. Ils concluent à l'efficacité au niveau macroscopique des parcours de soins, mais relèvent un certain nombre d'effets négatifs également(120). Ils soulèvent un point intéressant : le problème de la terminologie du mot « parcours de soins ». Ils utilisent plusieurs synonymes (similaires à ceux de notre étude), et retrouvent finalement un certain nombre d'articles qui font référence à des voies de signalisation biomoléculaires, et qui sont hors sujet. Certains articles sont référencés différemment : par exemple sous le concept de soins intégrés.

D'autre part, la plupart des thèmes abordés dans leur revue de littérature concerne la chirurgie. Nous avons choisi de nous intéresser aux soins primaires, qui sont plus pauvre en terme d'évaluation de parcours de soins.

Cette étude réalise une classification des indicateurs de qualité selon « un compas » proposé dans une autre étude belge(121) : ils différencient des indicateurs cliniques, de service, d'équipe, de processus, et financiers.

On trouve en annexe E, un tableau récapitulatif des principaux indicateurs retrouvés.

Plusieurs études effectuent des méta-analyses sur l'efficacité et l'efficacité des parcours de soins, et les résultats sont pauvres. En effet, la plupart des études incluses (comme dans notre travail) sont de type avant/après, et ont une faible puissance méthodologique (91),(122),(120).

Malgré toutes ces incertitudes, les parcours de soins ont été largement utilisés dans le monde. En tenant compte de la majorité des publications, où les parcours de soins sont comparés aux soins classiques, il existe une tendance globale à la réduction des durées de séjour, de coûts, du taux de complications, et de réadmission. D'autre part les parcours de soins semblent améliorer la qualité de vie, la satisfaction, et le statut fonctionnel des patients(123),(124).

5 CONCLUSION

Cette revue systématique de la littérature montre le peu d'indicateurs de qualité existants pour évaluer les parcours de soins. On l'explique en partie du fait de la complexité de ces interventions, et de la difficulté de les évaluer. Il paraît plus pertinent d'utiliser des outils plus globaux, pour juger de leur fonctionnement.

Pour autant la preuve de l'efficacité des parcours de soins reste discutable. Les effets obtenus sont-ils plutôt liés au fait de réunions multidisciplinaires, et de réflexions d'amélioration de prise en charge, qu'aux parcours de soins en eux-mêmes ?

Malgré toutes ces incertitudes, les parcours de soins ont été largement utilisés dans le monde. En tenant compte de la majorité des publications, où les parcours de soins sont comparés aux soins classiques, il existe une tendance globale à la réduction des durées de séjour, de coûts, du taux de complications, et de réadmission. D'autre part les parcours de soins semblent améliorer la qualité de vie, la satisfaction, et le statut fonctionnel des patients.

D'autres travaux pourraient compléter celui-ci, en évaluant d'une part les outils recensés, et en les utilisant de manière pratique, notamment au sein de parcours de soins, dans le cadre des maisons de santé.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 29 juin 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
3. Vanselow NA, Donaldson MS, Yordy KD. From the Institute of Medicine. JAMA. 18 janv 1995;273(3):192.
4. WHO | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) [Internet]. WHO. [cité 30 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
5. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Revised. New York: OUP USA; 1998. 448 p.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. sept 2005;83(3):457-502.
7. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) / paiement à la performance (P4P): une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [Internet]. [cité 6 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/211>
8. Stephen M. Campbell SK. MEASURING GENERAL PRACTICE A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators.
9. Donabedian A. Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 1980. 163 p.
10. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szécsényi J, et al. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. Fam Pract. avr 2005;22(2):215-22.
11. Garcia Armesto S, Lapetra MLG, Wei L, Kelley E. Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2007 oct [cité 30 juin 2015]. Disponible sur: <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/058047614770>
12. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res. 2010;10:247.
13. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy Amst Neth. mai 2013;110(2-3):115-30.
14. Houle SKD, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does

performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 déc 2012;157(12):889-99.

15. Naylor CD. What is appropriate care? *N Engl J Med.* 25 juin 1998;338(26):1918-20.
16. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65.
17. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract.* 27 oct 2010;11:81.
18. Tracers: they're not just for accreditation surveys. *ED Manag Mon Update Emerg Dep Manag.* août 2005;17(8):88-9.
19. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Willis J, Snow P, et al. The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eval Health Prof.* mars 2012;35(1):3-27.
20. Kerleau M. L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé. *Sci Soc Santé.* 1998;16(4):5-34.
21. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Med.* 27 mai 2010;8(1):31.
22. Coffey RJ, Richards JS, Remmert CS, LeRoy SS, Schoville RR, Baldwin PJ. An introduction to critical paths. *Qual Manag Health Care.* mars 2005;14(1):46-55.
23. Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Zhao F-L, van der Weijden T, Ronellenfitsch U, et al. Clinical pathways for primary care: effects on professional practice, patient outcomes, and costs. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 30 juin 2015]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010706/abstract>
24. Jcr. *Tracer Methodology: Tips and Strategies for Continuous Systems Improvement.* Joint Commission Resources; 2008. 212 p.
25. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (France), Mizrahi A. L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : [Internet]. Paris: CREDES; 1994. 1 vol. (21 p.) p. Disponible sur: http://bibliotheque.insee.net/opac/index.php?lvl=notice_display&id=113307
26. GARROS B. maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? 2009.
27. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes: étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010

au 1er janvier 2011 [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

28. COMPTE RENDU D'ACTIVITE 2013-2014 - Fédération Française des Maisons et Pôles de santé. 2015.

29. Chaplin D. Developing an end-of-life care pathway to improve nurses' bereavement care. *Nurs Times*. 13 janv 2009;105(1):20-1.

30. Pearson K, Meyer H. Waiting times: the search for equitable solutions. Case study: Mater Misericordiae Adult Public Hospital Continuum of Care Model. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. 1996;19(4):93-9.

31. Durham J, Breckons M, Araujo-Soares V, Exley C, Steele J, Vale L. Developing Effective and Efficient care pathways in chronic Pain: DEEP study protocol. *BMC Oral Health*. 2014;14:6.

32. Ditchburn L, Chapman W. Joint primary-secondary care design of PEG care pathways. *Nurs Times*. 3 mai 2005;101(18):34-6.

33. Counsell CM, Guin PR, Limbaugh B. Coordinated care for the neuroscience patient: future directions. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses*. août 1994;26(4):245-50.

34. Heslop L, Elsom S, Parker N. Improving continuity of care across psychiatric and emergency services: combining patient data within a participatory action research framework. *J Adv Nurs*. janv 2000;31(1):135-43.

35. Dancer S. Redesigning care for the nonhemorrhagic stroke patient. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses*. juin 1996;28(3):183-9.

36. Bultema JK, Mailliard L, Getzfrid MK, Lerner RD, Colone M. Geriatric patients with depression. Improving outcomes using a multidisciplinary clinical path model. *J Nurs Adm*. janv 1996;26(1):31-8.

37. Barry M, Weber WP, Lee S, Mazzella A, Sclafani LM. Enhancing the clinical pathway for patients undergoing axillary lymph node dissection. *Breast Edinb Scotl*. août 2012;21(4):440-3.

38. Mitchell EA, Didsbury PB, Kruithof N, Robinson E, Milmine M, Barry M, et al. A randomized controlled trial of an asthma clinical pathway for children in general practice. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. févr 2005;94(2):226-33.

39. Jackson CL, de Jong I, Oats J. Clinical pathways involving general practice--a new approach to integrated health care? *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. 2000;23(2):88-95.

40. Adebajo A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain and immobility-associated osteoarthritis: consensus guidance for primary care. *BMC Fam Pract*. 2012;13:23.

41. Cunningham S, Logan C, Lockerbie L, Dunn MJG, McMurray A, Prescott RJ. Effect of an integrated care pathway on acute asthma/wheeze in children attending hospital: cluster randomized trial. *J Pediatr.* mars 2008;152(3):315-20.
42. Kramer L, Hirsch O, Schlössler K, Träger S, Baum E, Donner-Banzhoff N. Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:78.
43. Frank J, Slatcher C. Supporting young carers and their families using a whole family approach. *J Fam Health Care.* 2009;19(3):86-9.
44. Dienemann J, Campbell J, Wiederhorn N, Laughon K, Jordan E. A critical pathway for intimate partner violence across the continuum of care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG.* oct 2003;32(5):594-603.
45. Tsuru S, Mizuki M, Wako F, Omori M, Nakayama T. Development of structured clinical process model of dementia. *Stud Health Technol Inform.* 2014;205:672-6.
46. Kunyk D, Els C, Papadakis S, Selby P. Tobacco use disorder treatment in primary care: implementing a clinical system pathway in Alberta. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* juill 2014;60(7):646-55.
47. Masters G, Hall SE, Phillips M, Boldy D. Outcomes measurement for asthma following acute presentation to an emergency department. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2001;24(3):53-60.
48. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua.* déc 2003;15(6):509-21.
49. Fournay DR, Dettori JR, Hall H, Härtl R, McGirt MJ, Daubs MD. A systematic review of clinical pathways for lower back pain and introduction of the Saskatchewan Spine Pathway. *Spine.* 1 oct 2011;36(21 Suppl):S164-71.
50. Rance KS, Trent CA. Profile of a primary care practice asthma program: improved patient outcomes in a high-risk population. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* févr 2005;19(1):25-32.
51. Chang AB, Robertson CF, van Asperen PP, Glasgow NJ, Masters IB, Teoh L, et al. A cough algorithm for chronic cough in children: a multicenter, randomized controlled study. *Pediatrics.* mai 2013;131(5):e1576-83.
52. Brink-Huis A, van Achterberg T, Schoonhoven L. Pain management: a review of organisation models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *J Clin Nurs.* août 2008;17(15):1986-2000.
53. Sephton R, Hough E, Roberts SA, Oldham J. Evaluation of a primary care musculoskeletal clinical assessment service: a preliminary study. *Physiotherapy.* déc

2010;96(4):296-302.

54. McGeoch G, Anderson I, Gibson J, Gullery C, Kerr D, Shand B. Consensus pathways: evidence into practice. *N Z Med J*. 30 janv 2015;128(1408):86-96.

55. Goldfracht M, Levin D, Peled O, Poraz I, Stern E, Bami J-L, et al. Twelve-year follow-up of a population-based primary care diabetes program in Israel. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. déc 2011;23(6):674-81.

56. Ota M, Seshima F, Okubo N, Kinumatsu T, Tomita S, Okubo T, et al. A collaborative approach to care for patients with periodontitis and diabetes. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2013;54(1):51-7.

57. Harris R, Bridgman C. Introducing care pathway commissioning to primary dental care: the concept. *Br Dent J*. 11 sept 2010;209(5):233-9.

58. Whittle C. ICPAT: Integrated Care Pathways Appraisal Tool. *Int J Care Pathw*. 1 nov 2009;13(2):75-7.

59. Ayestas AL, Diaz E, Kirtland S. Clinical pathways: improving patient education and influencing readmission rates. *J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual*. déc 1995;17(6):17-25; quiz 29, 47.

60. Moth G, Schiotz PO, Vedsted P. A Danish population-based cohort study of newly diagnosed asthmatic children's care pathway - adherence to guidelines. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:130.

61. DEMEOCQ T. Falls in the elderly (prevalence and course of care in general practice). 2012.

62. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD006525.

63. Phillips LS, Hertzberg VS, Cook CB, El-Kebbi IM, Gallina DL, Ziemer DC, et al. The Improving Primary Care of African Americans with Diabetes (IPCAAD) project: rationale and design. *Control Clin Trials*. oct 2002;23(5):554-69.

64. Ahmad F, Roy A, Brady S, Belgeonne S, Dunn L, Pitts J. Care pathway initiative for people with intellectual disabilities: impact evaluation. *J Nurs Manag*. oct 2007;15(7):700-2.

65. Baade PD, Youl PH, English DR, Mark Elwood J, Aitken JF. Clinical pathways to diagnose melanoma: a population-based study. *Melanoma Res*. août 2007;17(4):243-9.

66. Morrish DW, Beaupre LA, Bell NR, Cinats JG, Hanley DA, Harley CH, et al. Facilitated bone mineral density testing versus hospital-based case management to improve osteoporosis treatment for hip fracture patients: additional results from a randomized trial. *Arthritis Rheum*. 15 févr 2009;61(2):209-15.

67. Jenkins TC, Irwin A, Coombs L, Dealleaume L, Ross SE, Rozwadowski J, et al.

Effects of clinical pathways for common outpatient infections on antibiotic prescribing. *Am J Med.* avr 2013;126(4):327-35.e12.

68. Hypnar LA, Anderson L. Attaining superior outcomes with joint replacement patients. *J Nurs Adm.* nov 2001;31(11):544-9.

69. DESJEUNES S. A health network innovating in the fight against smoking in Lorraine: The network Lorraine Stop Tabac, description and assessment at two years and half of operation. 2009.

70. Taylor AJ, Randall C. Process mapping: enhancing the implementation of the Liverpool Care Pathway. *Int J Palliat Nurs.* avr 2007;13(4):163-7.

71. Dean JE, Hutchinson A, Escoto KH, Lawson R. Using a multi-method, user centred, prospective hazard analysis to assess care quality and patient safety in a care pathway. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:89.

72. Emery JD, Walter FM, Gray V, Sinclair C, Howting D, Bulsara M, et al. Diagnosing cancer in the bush: a mixed methods study of GP and specialist diagnostic intervals in rural Western Australia. *Fam Pract.* oct 2013;30(5):541-50.

73. and AG, Gravelle H. Measuring Performance in Primary Care: Econometric Analysis and DEA [Internet]. Department of Economics, University of York; [cité 23 juill 2015]. Report No.: 99/36. Disponible sur: <https://ideas.repec.org/p/yor/yorken/99-36.html>

74. Testi A, Fareed N, Ozcan YA, Tanfani E. Assessment of physician performance for diabetes: a bias-corrected data envelopment analysis model. *Qual Prim Care.* 2013;21(6):345-57.

75. Askari M, Westerhof R, Eslami S, Medlock S, de Rooij SE, Abu-Hanna A. A combined disease management and process modeling approach for assessing and improving care processes: a fall management case-study. *Int J Med Inf.* oct 2013;82(10):1022-33.

76. Hunter B, Segrott J. Re-mapping client journeys and professional identities: a review of the literature on clinical pathways. *Int J Nurs Stud.* avr 2008;45(4):608-25.

77. Maxwell SA. Contextualising the coordination of care in NHS trusts : an organisational perspective [Internet] [Ph.D.]. Durham University; 2007 [cité 21 juill 2015]. Disponible sur: <http://etheses.dur.ac.uk/2563/>

78. Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Sermeus W. Clinical pathway audit tools: a systematic review. *J Nurs Manag.* oct 2006;14(7):529-37.

79. Seys D, Deneckere S, Sermeus W, Gerven EV, Panella M, Bruyneel L, et al. The Care Process Self-Evaluation Tool: a valid and reliable instrument for measuring care process organization of health care teams. *BMC Health Serv Res.* 19 août 2013;13:325.

80. Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Van Zelm R, De Bleser L, Proost K, et al. Development and validation of a care process self-evaluation tool. *Health Serv Manag Res*

Off J Assoc Univ Programs Health Adm HSMC AUPHA. août 2007;20(3):189-202.

81. Gibbon B, Watkins C, Barer D, Waters K, Davies S, Lightbody L, et al. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *J Adv Nurs*. oct 2002;40(1):105-11.

82. Kibbe DC, Bentz E, McLaughlin CP. Continuous quality improvement for continuity of care. *J Fam Pract*. mars 1993;36(3):304-8.

83. Breejen EME Den, Hilbink MAHW, Nelen WLDM, Wiersma TJ, Burgers JS, Kremer JAM, et al. A patient-centered network approach to multidisciplinary-guideline development: a process evaluation. *Implement Sci*. 2014;9:68.

84. Sawyer J, Wright FC, Moura SL, Maier B-A, Fitch MI. Introducing a patient-focused care map in colorectal surgery: a pilot qualitative study of patients' and surgical oncology nurses' experiences. *Can Oncol Nurs J Rev Can Nurs Oncol*. 2008;18(1):25-33.

85. Rycroft-Malone J, Fontenla M, Bick D, Seers K. Protocol-based care: impact on roles and service delivery*. *J Eval Clin Pract*. oct 2008;14(5):867-73.

86. Lowe C. Care pathways: have they a place in « the new National Health Service »? *J Nurs Manag*. sept 1998;6(5):303-6.

87. Penel N, Valentin F, Giscard S, Vanseymortier L, Beuscart R. General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee. *Bull Cancer (Paris)*. oct 2007;94(10):E23-6.

88. Khandaker GM, Gandamaneni PK, Dibben CRM, Cherukuru S, Cairns P, Ray MK. Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study. *J Eval Clin Pract*. avr 2013;19(2):298-303.

89. Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. janv 1999;49(438):11-5.

90. Varley J, Delanty N, Normand C, Coyne I, McQuaid L, Collins C, et al. Epilepsy in Ireland: towards the primary-tertiary care continuum. *Seizure*. janv 2010;19(1):47-52.

91. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 10 janv 1998;316(7125):133-7.

92. Shapiro NI, Spear J, Sheehy S, Brown J, Edlow JA. Barriers to the use of outpatient enoxaparin therapy in patients with deep venous thrombosis. *Am J Emerg Med*. janv 2005;23(1):30-4.

93. Alanen SI, Johannala-Kemppainen R, Ijäs JJ, Kaila M, Klockars M, Mäkelä M, et al. Evaluation of current care effectiveness: a survey of hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scand J Prim Health Care*. déc 2007;25(4):232-6.

94. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*

Tor Ont. 2009;13 Spec No:6-15.

95. Göbel B, Zwart D, Hesselink G, Pijnenborg L, Barach P, Kalkman C, et al. Stakeholder perspectives on handovers between hospital staff and general practitioners: an evaluation through the microsystems lens. *BMJ Qual Saf.* déc 2012;21 Suppl 1:i106-13
96. Steinberg BA, Beckley PD, Deering TF, Clark CL, Amin AN, Bauer KA, et al. Evaluation and management of the atrial fibrillation patient: a report from the Society of Cardiovascular Patient Care. *Crit Pathw Cardiol.* sept 2013;12(3):107-15.
97. Gache K, Leleu H, Nitenberg G, Woimant F, Ferrua M, Minvielle E. Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:95.
98. Kitchener S. Rural generalism and the Queensland Health pathway--implications for rural clinical supervisors, placements and rural medical education providers. *Rural Remote Health.* juin 2013;13(2):2359.
99. Glasgow RE, Dickinson P, Fisher L, Christiansen S, Toobert DJ, Bender BG, et al. Use of RE-AIM to develop a multi-media facilitation tool for the patient-centered medical home. *Implement Sci IS.* 2011;6:118.
100. Bower KA. Case management and clinical paths: strategies to support the perinatal experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG.* juin 1997;26(3):329-33.
101. Panella M, Marchisio S, Barbieri A, Di Stanislao F. A cluster randomized trial to assess the impact of clinical pathways for patients with stroke: rationale and design of the Clinical Pathways for Effective and Appropriate Care Study [NCT00673491]. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:223.
102. Ryan T, Hatfield B, Sharma I. Outcomes of referrals over a six-month period to a mental health gateway team. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* sept 2007;14(6):527-34.
103. Endacott R, Boulanger C, Chamberlain W, Hendry J, Ryan H, Chaboyer W. Stability in shifting sands: contemporary leadership roles in critical care. *J Nurs Manag.* oct 2008;16(7):837-45.
104. Majeed A, Khunti K. Shared care guidelines and protocols in the United kingdom. *J Ambulatory Care Manage.* sept 2008;31(3):239-43.
105. Dobesh PP, Trujillo TC, Finks SW. Role of the pharmacist in achieving performance measures to improve the prevention and treatment of venous thromboembolism. *Pharmacotherapy.* juin 2013;33(6):650-64.
106. ASHP Guidelines on the Pharmacist's Role in the Development, Implementation, and Assessment of Critical Pathways. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 1 mai 2004;61(9):939-45.
107. Zachariadis M, Oborn E, Barrett M, Zollinger-Read P. Leadership of healthcare

commissioning networks in England: a mixed-methods study on clinical commissioning groups. *BMJ Open*. 2013;3(2).

108. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Ann Fam Med*. juin 2013;11(3):262-71.

109. Davies H. Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS Scotland; 2006. - Recherche Google [Internet]. [cité 28 sept 2015]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=Davies+H.+Measuring+and+reporting+the+quality+of+health+care:+issues+and+evidence+from+the+international+research+literature.+NHS+Scotland;+2006.&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=uokJVqeEDYLEWMG2ifgE

110. H.A.S. Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins. 2012 sept.

111. Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. 2008. <http://www.oecd.org/dataoecd/37/42/42495745.pdf> - Recherche Google [Internet]. [cité 29 sept 2015]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=Organisation+for+Economic+Co-operation+and+Development.+Handbook+on+Constructing+Composite+Indicators:+Methodology+and+User+Guide.+2008.+http://www.oecd.org/dataoecd/37/42/42495745.pdf&ie=UTF-8&oe=UTF-8&gfe_rd=cr&ei=bbgKVpKUHsmy0wWHhZ3oDA#q=Handbook+on+Constructing+Composite+Indicators:+Methodology+and+User+Guide.+2008.+http://www.oecd.org/dataoecd/37/42/42495745.pdf

112. Sidorenkov G, Haaijer-Ruskamp FM, de Zeeuw D, Denig P. A longitudinal study examining adherence to guidelines in diabetes care according to different definitions of adequacy and timeliness. *PloS One*. 2011;6(9):e24278.

113. Beaulieu M-D, Dragieva N, Del Grande C, Dawson J, Haggerty JL, Barnsley J, et al. The Team Climate Inventory as a Measure of Primary Care Teams' Processes: Validation of the French Version. *Healthc Policy*. févr 2014;9(3):40-54.

114. Harolds J. Quality and Safety in Health Care, Part I: Five Pioneers in Quality. *Clin Nucl Med*. août 2015;40(8):660-2.

115. Li X, Liu H, Zhang S, Mei J, Xie G, Yu Y, et al. Automatic variance analysis of multistage care pathways. *Stud Health Technol Inform*. 2014;205:715-9.

116. Eason K, Dent M, Waterson P, Tutt D, Thornett A. Bottom-up and middle-out approaches to electronic patient information systems: a focus on healthcare pathways. *Inform Prim Care*. 2012;20(1):51-6.

117. Mattig T, Cantoreggi N, Simos J, Favre Kruit C, Christie DPTH. HIA in Switzerland: strategies for achieving Health in All Policies. *Health Promot Int*. 27 août 2015;

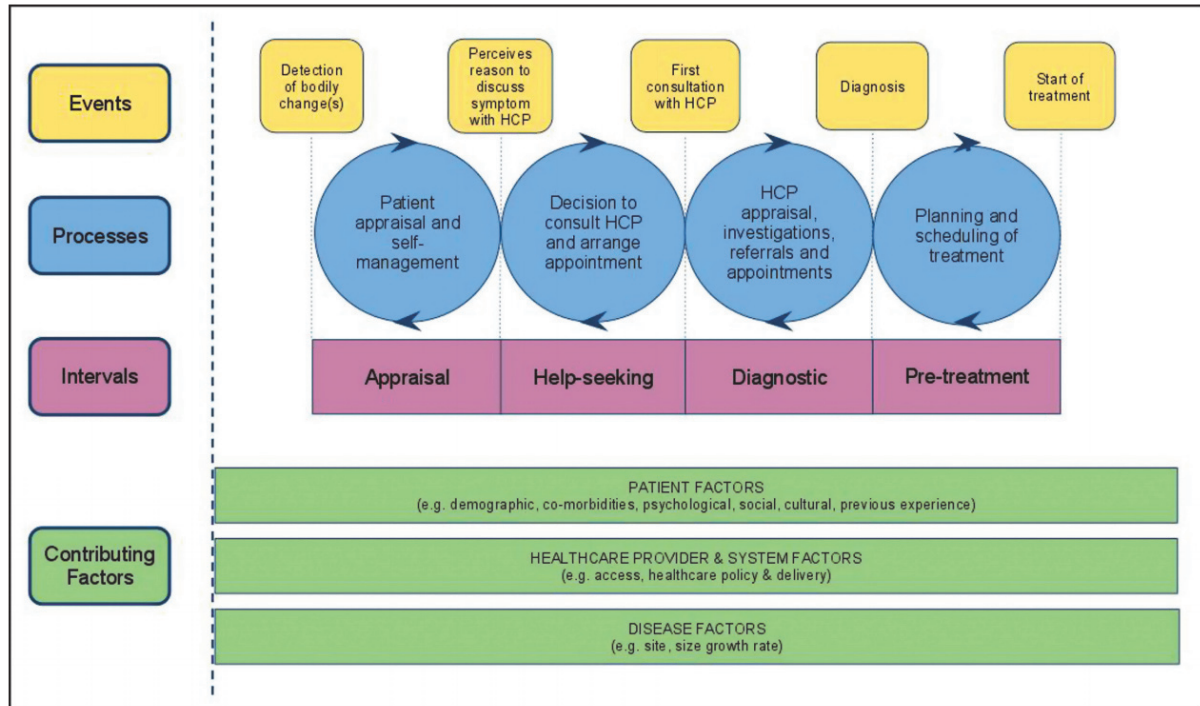
118. Institut universitaire international Luxembourg, IUIL, « Case management, coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes — Rapport final présenté à l'IUIL suite à l'étude menée par Deloitte », Recherche appliquée (Publications) — Observatoire des compétences, no HS, 5 février 2013.
119. Dy SM, Garg P, Nyberg D, Dawson PB, Pronovost PJ, Morlock L, et al. Critical Pathway Effectiveness: Assessing the Impact of Patient, Hospital Care, and Pathway Characteristics Using Qualitative Comparative Analysis. *Health Serv Res.* avr 2005;40(2):499-516.
120. Herck PV, Vanhaecht K, Sermeus W. Effects of Clinical Pathways: Do They Work? *J Integr Pathw.* 1 déc 2004;8(3):95-105.
121. Vanhaecht K, Sermeus W, Vleugels A, Peeters G. Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (« clinical pathways ») in de gezondheidszorg. *Tijdschr Voor Geneesk.* 1 janv 2002;58(23):1542-51.
122. Renholm M, Leino-Kilpi H, Suominen T. Critical pathways. A systematic review. *J Nurs Adm.* avr 2002;32(4):196-202.
123. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ.* 10 janv 1998;316(7125):133-7.
124. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Willis J, Snow P, et al. The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eval Health Prof.* mars 2012;35(1):3-27.

7 ANNEXES

A- Equation de recherche utilisée sur PubMed

((("critical pathways"[MH] OR ("critical pathways"[TW] OR "paths, critical"[TW] OR "clinical path"[TW] OR "path, critical"[TW] OR "path, clinical"[TW] OR "critical paths"[TW] OR "clinical paths"[TW] OR "pathway, critical"[TW] OR "pathway, clinical"[TW] OR "critical path"[TW] OR "critical pathway"[TW] OR "clinical pathways"[TW] OR "clinical pathway"[TW] OR "pathways, critical"[TW] OR "pathways, clinical"[TW] OR "paths, clinical"[TW]))) AND (((("primary health care"[MH] OR ("primary health care"[TW] OR "healthcare, primary"[TW] OR "care, primary"[TW] OR "primary care"[TW] OR "primary healthcare"[TW] OR "care, primary health"[TW] OR "health care, primary"[TW]))) OR ("general practice"[MH] OR "general practice"[TW] OR "practice, general"[TW])) OR ("family practice"[MH] OR ("family practice"[TW] OR "practices, family"[TW] OR "family practices"[TW] OR "practices, general"[TW] OR "general practices"[TW] OR "practice, family"[TW] OR "Family practice (qualifier value)"[TW] OR "Family medicine"[TW]))) AND (((((((("quality assurance, health care"[MH] OR ("quality assurance, health care"[TW] OR "healthcare quality assurance"[TW] OR "assessments, healthcare quality"[TW] OR "quality assurance, healthcare"[TW] OR "assurance, healthcare quality"[TW] OR "quality assurances, healthcare"[TW] OR "healthcare quality assessments"[TW] OR "healthcare quality assurances"[TW] OR "health care quality assessment"[TW] OR "quality assessment, healthcare"[TW] OR "quality assessment, health care"[TW] OR "quality assessments, healthcare"[TW] OR "health care quality assurance"[TW] OR "assurances, healthcare quality"[TW] OR "assessment, healthcare quality"[TW] OR "healthcare quality assessment"[TW] OR "quality assurance"[TW]))) OR ("quality indicators, health care"[MH] OR ("quality indicators, health care"[TW] OR "quality indicator"[TW] OR "indicator, quality"[TW] OR "quality indicators"[TW] OR "indicators, quality"[TW] OR "indicators, healthcare quality"[TW] OR "quality indicator, healthcare"[TW] OR "healthcare quality indicators"[TW] OR "healthcare quality indicator"[TW] OR "indicator, healthcare quality"[TW] OR "quality indicators, healthcare"[TW]))) OR ("standard of care"[MH] OR ("standard of care"[TW] OR "care standards"[TW] OR "care standard"[TW] OR "standards of care"[TW])) OR ("patient outcome assessment"[MH] OR ("patient outcome assessment"[TW] OR "assessment, patient outcomes"[TW] OR "assessments, patient outcome"[TW] OR "outcome assessments, patient"[TW] OR "outcome assessment, patient"[TW] OR "patient centered outcomes research"[TW] OR "Patient-Centered outcomes research"[TW] OR "outcomes assessments, patient"[TW] OR "patient outcomes assessment"[TW] OR "research, Patient-Centered outcomes"[TW] OR "assessment, patient outcome"[TW] OR "patient outcome assessments"[TW])) OR ("outcome assessment (health care)"[MH] OR ("outcome assessment (health care)"[TW] OR "outcomes research"[TW] OR "outcomes assessments"[TW] OR "outcomes assessment, patient"[TW] OR "research, outcomes"[TW] OR "outcome measure"[TW] OR "outcome studies"[TW] OR "patient outcomes assessments"[TW] OR "outcomes assessment"[TW] OR "assessments, outcome (health care)"[TW] OR "studies, outcome"[TW] OR "assessments, patient outcomes"[TW] OR "outcome assessments (health care)"[TW] OR "assessments, outcomes"[TW] OR "assessment, outcome (health care)"[TW] OR "outcome study"[TW] OR "measures, outcome"[TW] OR "outcome measures"[TW] OR "study, outcome"[TW] OR "assessment, outcomes"[TW] OR "measure, outcome"[TW])) OR ("process assessment (health care)"[MH] OR ("process assessment (health care)"[TW] OR "process measures"[TW] OR "assessments, process"[TW] OR "process measure"[TW] OR "assessments, process (health care)"[TW] OR "process assessments (health care)"[TW] OR "measure, process"[TW] OR "process assessments"[TW] OR "assessment, process"[TW] OR "assessment, process (health care)"[TW] OR "measures, process"[TW] OR "process assessment"[TW])) OR ("outcome and process assessment (health care)"[MH] OR ("outcome and process assessment (health care)"[TW] OR "outcome and process assessment"[TW]))))

B- Détail du « model of patient pathways to treatment »



Emery JD, Walter FM, Gray V, Sinclair C, Howting D, Bulsara M, et al. Diagnosing cancer in the bush: a mixed methods study of GP and specialist diagnostic intervals in rural Western Australia. *Fam Pract.* oct 2013;30(5):541-50.

C- Adaptation de l'outil ICPAT

Integrated Clinical Pathway Checklist*

I. Content / Structure of ICP

- ☐ Have identified start and finish points
- ☐ Reflect a patient's journey (i.e. moving along a continuum of days/weeks/months/stages/objectives/programs)
- ☐ Reflect 24-hour continuous care/treatment (where appropriate)
- ☐ Form the record of care for an individual patient
- ☐ Allow documentation to be individualized to meet the patient's needs
- ☐ Outline the anticipated process of care/treatment

II. ICP Documentation

- ☐ Identify the relevant patients in the title of the ICP (e.g., ICP for Laparoscopic Cholecystectomy)
- ☐ Indicate the circumstances when a patient should come off or should not be put on (exclusion criteria)
- ☐ Meet local/national minimum standards for documentation (e.g. institution standards if exist)
- ☐ Include a reminder that says professional judgment must be applied while taking into account the patient's wishes & needs (i.e., the ICP is not a tramline and can be varied)
- ☐ Reference the evidence on which the content is based
- ☐ Include the date of development of the document on the ICP
- ☐ Include space for the identification of the individual patient on each page

III. The Development Process

- ☐ Record decisions made concerning the content of the ICP
- ☐ Record description/list staff involved in the development of the ICP
- ☐ Conduct a literature search to gather the evidence base for the clinical content of the ICP
- ☐ Record the rationale for including and excluding pieces of evidence/guidelines
- ☐ Pilot test the ICP and audit the ICP documentation after the pilot
- ☐ Consider clinical risk as part of the content of the ICP
- ☐ Consider training, education, and competency of staff as part of the content of the ICP
- ☐ Involve patient and/or their family members in the development of the ICP (by using focus groups/questionnaires/complaints/patient diaries, etc.)
- ☐ Take into account patients' and family members' multicultural needs

IV. The Implementation Process

- ☐ Establish an on-going training program for the staff
- ☐ Identify resources (individuals/time) to undertake the training on how to use the ICP
- ☐ Establish a system to feedback the variations of the ICP to the staff and patients/family members
- ☐ Agree on the location where the ICP documentation will be stored once finished
- ☐ Assess the risks involved in an ICP development before commencement
- ☐ Name an individual responsible for maintaining the ICP
- ☐ Provide training to staff when a change to the ICP content is made
- ☐ Provide regular training for new staff that will be using the ICP
- ☐ Set a review date of one year or less
- ☐ Get endorsement for the ICP development from the Trust Board/Clinical Governance Committee

Questions:

- ☐ Within the organization, is there a plan specifically for ICP development?
- ☐ Are ICPs evident in the organization's Clinical Governance Strategy?

*This checklist is adapted from *The Integrated Care Pathways Appraisal Tool (I.C.PAT)*¹, which provides a series of questions to ensure that the tool developed is an ICP, that the mechanism used to develop the ICP is robust, and that the ICP documentation meets at least the minimum legal requirements for clinical documentation. I.C.PAT uses the term "service user" where we have used the terms "patient" and "patient and/or family members."

¹Whittle C, McDonald PS, Dunn L, de Luc K. Developing the integrated care pathways appraisal tool (ICPAT): a pilot study. *J Integr Care Pathways* 2004; 8:77-81.

D- Détail de l'outil CPSET

CPSET five- factor and 29-item factor model	Moni- toring and follow- up of care process	Coordi- nation of the care process	Patient focus- ed organi- sation	Com- munica- tion with patient and family	Colla- boration with primary care.
When (re)designing the care process quality indicators are formulated.	0.723				
Whether the care provided is tailored to the patient's needs is systematically monitored/followed up.	0.718				
Within the care process patient satisfaction is monitored/followed up systematically.	0.712				
The goals of the care process are described explicitly.	0.711				
Within the care process monitoring/follow-up is performed to verify whether planned activities are actually performed.	0.707				
Outcomes are systematically monitored/followed up.	0.704				
Variances can be monitored within the care process.	0.700				
Within the care process risks of complications are monitored / followed up systematically.	0.698				
The progress in the care process is continuously monitored/followed up and adjusted.	0.684				
Agreements are observed.		0.640			
All team members are familiar with the various steps in the care process		0.623			
There is an optimum timing of activities within the care process.		0.612			
Concrete agreements are made within the care process.		0.592			
Team members consider themselves to be engaged in the organisation of the care process.		0.541			

Patients/family are provided with candid (frank, open, straightforward) information regarding their health.		0.513			
Discharge is communicated in a timely manner to the patient and family so that they can take necessary measures.		0.464			
A patient focused vision exists within the organisation.			0.896		
Quality of care is the priority within the organisation.			0.626		
The care process coordinator has a patient focused vision.			0.608		
Patient communication is considered to be important within the organisation.			0.569		
The organisational structure is patient focused.			0.566		
There is a clear vision of policy regarding care throughout the entire hospital			0.332		
Within the care process time is explicitly provided to listen to the patient and his family.				0.851	
Time is explicitly scheduled within the care process for communications between healthcare professional and patient.				0.749	
Within the care process there is provision for sufficient time to provide information.				0.658	
The patient is explicitly asked for his consent with regard to the proposed care.				0.579	
Primary care is considered by the hospital to be an equal partner.					0.796
Good cooperation exists between the hospital and primary care.					0.720
In complex care situations consultation takes place between the physician/surgeon and general practitioner.					0.479

Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Van Zelm R, De Bleser L, Proost K, et al. Development and validation of a care process self-evaluation tool. Health Serv Manag Res Off J Assoc Univ Programs Health Adm HSMC AUPHA. août 2007;20(3):189-202.

E- Tableau récapitulatif des différents indicateurs retrouvés dans un travail similaire au notre.

Clinical Pathway Compass

Clinical indicators	-number of readmissions: 24% -number of complications: 20,5% -mortality: 13% -number of admissions or length of stay on I.C.: 9% -number of prevented admissions: 8,5% -relapse without readmission: 4%
Service indicators	-influence on patient satisfaction: 18,5%
Process indicators	-analysis of deviations: 14% -number of clinical examinations (labs, radiology): 14% -analysis of process flow, time schedules: 13,5% -completeness and quality of documentation: 10% -influence on goal setting, prioritizing and planning: 7,5% -influence on process transparency, overview and clearness: 7%
Team indicators	-influence on team communication: 12% -influence on team satisfaction: 8,5% -influence on education, knowledge and competence: 6,5% -influence on autonomy of physician and nursing personnel: 5,5% -influence on understanding, recognition and appreciation of roles, self-confidence: 3%
Financial indicators	-influence on length of stay: 54,5% -influence on costs: 38% -influence on consumption of material resources: 9,5% -influence on amount of labour: 8%

Herck PV, Vanhaecht K, Sermeus W. Effects of Clinical Pathways: Do They Work? J Integr Pathw. 1 déc 2004;8(3):95-105.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SUMMARY

Introduction

Given the fact of the evolution of epidemiology (aging population, increasement of chronic disease), practices (increasement of community health centers), and healthcare needs, it is important to focus on primary care efficiency. Critical pathways seem to be an interesting tool to improve healthcare quality. The aim of this paper was to review critical pathways quality indicators.

Methodes

A systematic review was performed in Medline database, and in grey literature (Open Grey, Ovid). Secondary references from these databases were also included. The research equation was based on these three concepts : primary care, critical pathways, and healthcare quality assessment. Unavailable articles, or those who did not meet the research field were excluded.

Results

85 articles were included in this paper. 24 were describing interventionals study (before/after, cohort, randomised trial), and were presenting quality indicators of structure, process or outcome. 9 articles were describing systematic tools, to assess critical pathways in a more complex way (care mapping, econometric analysis, specific tools). 12 articles were describing developpment and creation of critical pathways, with different procedures (process mapping, consensus methods, littérature review, qualitative studies). 16 articles were descriptive studies, or formative assessment, or qualitative studies, were explaining facilitators or barriers from critical pathways. Others studies were focusing on prospects for improvement (care mapping utilisation, involvement of others health care professionals).

Discussion

The paper shows the lack of existing critical pathways quality indicators. Results may have been limited by the avalaibility of some articles. Using quality indicators in an isolate way may be less interesting than using complex and global tools. Involvement of others healthcare professionals, and care manager using appears to be improvements ways. Given the fact of this poor litterature, consensus work and research-action works should be led in France.

Keywords : critical pathways, primary care, general practice, healthcare quality assessment, littérature review.

RÉSUMÉ

Introduction

Dans un contexte d'évolution épidémiologique, d'évolution des pratiques, et d'évolution des besoins en santé, il est important de développer les soins primaires et rechercher leur efficience. Pour favoriser l'amélioration de leur qualité, les parcours de soins centrés sur le patient semblent être un outil intéressant. L'objectif de ce travail était de rechercher les indicateurs de qualité des parcours de soins ayant été publiés à ce jour.

Matériels et méthodes

Une revue systématique de la littérature a été menée dans la base de donnée Medline, la littérature grise via OpenGrey et Ovid, ainsi que parmi les références secondaires retrouvées dans ces trois bases de données. L'équation de recherche s'appuyait sur les concepts de soins primaires, parcours de soins, et évaluation de la qualité des soins. Les articles non disponibles ou hors champ après lecture de l'abstract ou de l'article étaient exclus.

Résultats

85 articles ont été retenus pour ce travail. 24 articles décrivaient des études de type interventionnelles (avant-après), de cohorte, ou essais randomisés, et présentaient des indicateurs de qualité, de structure, de processus ou de résultats. 9 articles décrivaient des outils systématiques d'évaluation plus complexes (care mapping, analyse économétrique ou outils spécifiques). 12 articles décrivaient les méthodes de création d'un parcours de soins (process-mapping, méthodes de consensus, revue de littérature, ou approche qualitative centrée patient). 16 articles étaient des enquêtes descriptives ou enquête de pratiques, et identifiaient avec 8 études qualitatives, des éléments facilitateurs ou barrières aux parcours de soins. D'autres études évoquaient des perspectives d'amélioration des parcours de soins (utilisation du case manager, et implication d'autres professionnels de santé).

Discussion

Ce travail montre le peu d'indicateurs des parcours de soins existants. Les résultats de cette revue peuvent être limités par l'inaccessibilité de certains articles. L'utilisation isolée d'indicateur de qualité des parcours de soins primaires semble moins adaptée que l'utilisation d'outils plus complexes et globaux. L'implication d'autres professionnels de santé, semble être une voie d'amélioration, ainsi que le concept de care mapping. Devant cette littérature peu fournie, des travaux de consensus et de recherche-action pourront être menés en France en ce sens.

Mots clés : parcours de soins, soins primaires, médecine générale, évaluation de la qualité des soins, indicateurs de qualité, revue de littérature.